

## Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit:

sKunden, Klienten, Anvertraute, ö ?  
Diversität von Bezeichnungen für Menschen mit intellektueller  
Beeinträchtigung in österreichischen Institutionen%o

Verfasserin:

Melanie Unterleuthner

Angestrebter akademischer Grad:

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297  
Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik  
Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Gottfried Biewer



# Inhaltsverzeichnis

Einleitung ò . S. 1

## I. Theoretischer Teil

1. Der Terminus „Behinderung“ oder „Beeinträchtigung“ ... S. 3
2. Der Terminus „Geistige Behinderung“ oder  
„intellektuelle Beeinträchtigung“ ... S. 7
3. Geschichte des Umgangs mit Menschen mit  
intellektueller Beeinträchtigung ... S. 14
  - 3.1 Antike ... S. 14
  - 3.2 Der Einfluss des frühen Christentums ... S. 15
  - 3.3 Die Zeit vor dem 18. Jahrhundert ... S. 15
  - 3.4 18. Jahrhundert ... S. 17
  - 3.5 19. Jahrhundert ... S. 18
  - 3.6 20. Jahrhundert ... S. 19
4. Leitprinzipien der aktuellen Sonder- und Heilpädagogik ... S. 25
  - 4.1 Normalisierung von Lebensbedingungen ... S. 25
  - 4.2 Selbstbestimmung ... S. 28
  - 4.3 (Persönliche) Assistenz ... S. 32
5. Sprache ... S. 38
6. Wohnen ... S. 43
  - 6.1 Funktionen des Wohnens ... S. 43
  - 6.2 Wohnformen für Menschen mit  
intellektueller Beeinträchtigung ... S. 44
  - 6.3 Anforderungen an Wohnstätten für Menschen  
mit intellektueller Beeinträchtigung ... S. 48
  - 6.4 Die Bedeutung des Betreuungspersonals ... S. 51

## 7. Begriffe für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

in Formen des institutionalisierten Wohnens ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö . S. 55

7.1 Patient ö S. 55

7.2 Klient ö .. S. 56

7.3 Anvertrauter ö .. S. 57

7.4 Bewohner ö .. S. 57

7.5 Kunde, Nutzer von Dienstleistungen ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö .... S. 58

7.6 Weitere Begriffe ö .. S. 61

## II. Empirischer Teil

8. Forschungsfrage ö ... S. 63

9. Erhebungsmethode ö .. S. 65

10. Ziehung der Stichprobe ö . S. 70

11. Auswertungsmethode ö S. 72

12. Kurzdarstellung der untersuchten Institutionen ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö . S. 73

12.1 Arche Tirol ö . S. 73

12.2 Behindertenhilfe Bezirk Korneuburg

(Niederösterreich) ö . S. 73

12.3 Caritas Burgenland ö .. S. 74

12.4 Kolping (Niederösterreich) ö .. S. 74

12.5 Lebenshilfe Knittelfeld (Steiermark) ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö .. S. 75

12.6 Lebenshilfe Vorarlberg ö S. 75

12.7 ÖHTB (Wien) ö . S. 75

13. Auswertung der Ergebnisse (institutionsspezifisch) ö ö ö ö ö ö ö .. S. 77

13.1 Arche Tirol ö .. S. 77

13.2 Behindertenhilfe Bezirk Korneuburg ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö .. S. 78

13.3 Caritas Burgenland ö S. 79

13.4 Kolping ö S. 80

13.5 Lebenshilfe Knittelfeld ö .. S. 81

13.6 Lebenshilfe Vorarlberg ö . S. 81

13.7 ÖHTB ö .. S. 83

13.8 Vergleich ö S. 84

14. Auswertung der Ergebnisse (begriffsspezifisch)	...	S. 90
14.1 Anvertrauter	...	S. 90
14.2 Bewohner	...	S. 93
14.3 Klient	...	S. 97
14.4 Kunde	...	S. 99
14.5 Vergleich	...	S. 101
15. Diskussion der Ergebnisse	...	S. 105
15.1 Umsetzung des Normalisierungsprinzips	...	S. 105
15.2 Selbstbestimmungsmöglichkeiten	...	S. 106
15.3. Orientierung am Kundenmodell	...	S. 107
15.4 Beantwortung der Forschungsfrage	...	S. 107
16. Weitere Ergebnisse	...	S. 109
16.1 Auswertung nach Lebensalter der Probanden	...	S. 109
16.2 Gesamtbetrachtung aller untersuchten Institutionen	...	S. 110
Schluss	...	S. 112
Literaturverzeichnis	...	S. 113
Anhang	...	S. 130
A Fragebogen	...	S. 130
B Lebenslauf	...	S. 140
C Abstract	...	S. 141



## Einleitung

Die vorliegende Arbeit versteht sich als wissenschaftliche Abschlussarbeit des Diplomstudiums Pädagogik und geht der Frage nach, inwieweit sich in den Bezeichnungen der Adressaten von Institutionen des Wohnens für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung veränderte fachliche Zugänge widerspiegeln.

Bevor diese Frage jedoch einer Beantwortung zugeführt werden kann, gilt es, in einem ersten theoretischen Teil die Basis für die anschließende Untersuchung zu schaffen.

Im ersten Kapitel wird deshalb der Frage nachgegangen, von welchem Personenkreis die Rede ist, wenn von „Menschen mit Behinderungen“ oder „Menschen mit Beeinträchtigungen“ gesprochen wird.

Das zweite Kapitel beschäftigt sich dann explizit mit dem Terminus der „Geistigen Behinderung“ bzw. „Intellektuellen Beeinträchtigung“, wie er in dieser Arbeit Anwendung findet.

Da aktuell vorfindbare Bedingungen nie zufällig so gestaltet sind, wie wir sie antreffen, sondern historisch gewachsen sind und auch nur so verstehbar sind, soll im 3. Kapitel dargestellt werden, wie Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung im Verlauf der Geschichte gesehen und wie ihnen begegnet wurde.

Das darauf folgende Kapitel zeigt aktuelle Entwicklungen in der Sonder- und Heilpädagogik auf und beschreibt das Normalisierungsprinzip, erläutert, warum Selbstbestimmungsrechte für alle Menschen – und somit auch für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung – von enormer Bedeutung sind und zeigt auf, was unter dem Konzept der (Persönlichen) Assistenz verstanden wird.

Da sich diese Arbeit explizit mit Begriffen auseinandersetzt, ist es unumgänglich, der Frage nachzugehen, welche Bedeutung und welche Macht Sprache hat und somit den ersten Hinweis darauf zu erhalten, dass Begriffe nicht willkürlich gewählt werden oder bedeutungslos wären. Dies soll im 5. Kapitel geschehen.

Das 6. Kapitel wirft ihr Licht auf den Bereich des Wohnens, da sich die vorliegende Arbeit konkret auf Institutionen des Wohnens bezieht. Hier soll aufgezeigt werden, welche wichtigen Funktionen „Wohnen“ zu erfüllen hat, welche Wohnformen derzeit für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in Österreich existent

sind, welche Anforderungen an diese gestellt werden und welche Rolle dem Betreuungspersonal in diesen Wohnstätten zur Steigerung der Lebensqualität der Bewohner zukommt.

Im letzten Kapitel des theoretischen Teils soll aufgezeigt werden, welche Begriffe in diesen Institutionen verwendet werden und welche unterschiedlichen fachlichen Zugänge damit aktuell verknüpft werden.

Im empirischen Teil werden zunächst die Forschungsfrage und die dafür notwendigerweise zu beantwortenden Unterfragen nochmals explizit dargestellt. Die folgenden Kapitel sind der Darstellung des Ablaufs der Forschung gewidmet und beschreiben die Erhebungsmethode, die Ziehung der Stichprobe und die Auswertung der Fragebögen.

Danach werden die in die Untersuchung einbezogenen Institutionen anhand ihrer Leitbilder und Strukturen kurz dargestellt.

Kapitel 13 beschäftigt sich mit einer ersten Auswertung der Forschungsergebnisse in den einzelnen Institutionen, Kapitel 14 liefert erste Aussagen über Ergebnisse in Bezug auf die in den Institutionen verwendeten Begriffe.

Im folgenden Kapitel werden die gewonnenen Ergebnisse gegenübergestellt, miteinander verglichen und kritisch diskutiert. Die Beantwortung der Forschungsfrage findet sich ebenfalls in diesem Kapitel wieder.

Das 16. Kapitel soll weitere Ergebnisse, die sich in der Auswertung der Fragebögen ergeben haben, aber nicht der unmittelbaren Beantwortung der Forschungsfrage dienlich waren, darstellen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der gesamten Arbeit bei geschlechtsspezifischen Begriffen stets die maskuline Form verwendet. Gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.



# **I. Theoretischer Teil**

## **1. Der Terminus „Behinderung“ oder „Beeinträchtigung“**

Der Begriff „Behinderung“ kann als zentraler Begriff der Sonder- und Heilpädagogik verstanden werden, obwohl er innerhalb dieses Wissenschaftsbereiches erst gut 50 Jahre existiert. Eggenberger verwendet den Begriff der „Behinderung“ in einem sonder- und heilpädagogischen Zusammenhang erstmals 1958 in seinem Werk „Heilpädagogik. Eine Einführung“ (Bundschuh/Heimlich/Krawitz 2007, S. 33).

Trotz seiner enormen Bedeutung innerhalb der Sonder- und Heilpädagogik gibt es zwar viele nebeneinanderstehende Definitionsversuche und Beschreibungen, eine verbindliche, unter Experten anerkannte Definition, was denn nun unter „Behinderung“ zu verstehen sei, gibt es jedoch nicht.

„Behinderung‘ ist ein mehrdimensionaler Begriff. Im allgemeinen Sprachgebrauch und im Bereich vieler wissenschaftlicher Disziplinen [...] ist er seit Jahrzehnten etabliert, ohne dass Sinn oder Grenzen des Begriffs hinreichend geklärt sind (Bundschuh/Heimlich/Krawitz 2007, S. 33).

Verlässt man die Sonder- und Heilpädagogik und wirft einen Blick in andere wissenschaftliche Disziplinen, in denen zum Teil der Begriff „Behinderung“ ebenfalls Anwendung findet, gestaltet sich die Situation einer einheitlichen Definition noch schwieriger. So legen etwa sozialrechtliche Definitionen ihr Hauptaugenmerk auf den Grad der Erwerbsminderung, während der Mediziner naturgemäß in erster Linie Folgen von Erkrankungen im Blick hat (Biewer 2009, S. 39).

Dadurch ist es für die Medizin auch von vorrangigem Interesse, wo sich die Schädigung lokalisieren lässt, was zu einer primären Einteilung nach dem beschädigten Organ führt, etwa Körper-, Sprach- oder geistige Behinderung (Bundschuh/Heimlich/Krawitz 2007, S. 34).

Die Erziehungswissenschaft hingegen betont die Auswirkungen auf Erziehung und Bildung, die eine bestimmte Schädigung nach sich zieht und beschäftigt sich mit gegebenenfalls modifizierten Erziehungsmöglichkeiten, Lernvoraussetzungen, -bedingungen, -zielen, -methoden und -institutionen (a.a.O., S. 35).

So muss auch Bleidick feststellen: „Es gibt keinen objektiv wissenschaftlich ‚richtigen‘ Begriff von Behinderung“ (1999, S. 89).

Die WHO erklärt Behinderung seit 2001 in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) dergestalt, dass sie zunächst unterscheidet zwischen:

- Schädigungen: „Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder –struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust“ (WHO 2011, S. 36)
- Beeinträchtigungen der Aktivität: „Eine Aktivität bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen“ (ebd.)
- Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe]: „Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt“ (ebd.).

Behinderung dient hier als Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation (a.a.O., S. 29).

Folgende, ebenfalls auf einen biopsychosozialen Ansatz (Synthese aus biologischen, individuellen und sozialen Erklärungsansätzen) beruhende Definition besitzt eine gewisse Verbreitung und Zustimmung innerhalb der Sonder- und Heilpädagogik:

„Als behindert gelten Personen, die infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Funktionen soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilnahme am Leben der Gesellschaft erschwert werden“ (Bleidick/Ellger-Rüttgardt 2008, S. 95).

An diese Definition stark angelehnt ist auch die Behinderungsdefinition, wie sie sich im österreichischen Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz findet:

„Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten“ (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, S. 4)

Auch hier ist zunächst die Rede von einer Schädigung. Als Schädigung kann eine definierbare psycho-physische Beeinträchtigung verstanden werden, die in erster Linie medizinisch diagnostizierbar ist (Speck 2003, S. 196). Sie ist eine, aber nicht die einzige Voraussetzung, um von einer Behinderung sprechen zu können.

Im Sinne Otto Specks stellt die Schädigung lediglich den Auslöser eines Prozesses dar, der im Endeffekt zu einer Behinderung führt.

„Eine ‚Behinderung‘ oder eine soziale Benachteiligung entsteht als ein komplexer Wechselwirkungsprozess, der im Wesentlichen durch drei Variablen in Gang gebracht wird: durch einen *Auslöser*, durch die *soziale Umwelt* und durch das eigene *Selbst*“ (Speck 2003, S. 233).

Die von Jantzen 1973 verfasste Definition von Behinderung liest sich ähnlich, wenn er schreibt:

„Behinderung kann nicht als naturwüchsig entstandenes Phänomen betrachtet werden. Sie wird sichtbar und damit als Behinderung erst existent, wenn Merkmale und Merkmalskomplexe eines Individuums aufgrund sozialer Interaktion und Kommunikation in Bezug gesetzt werden zu gesellschaftlichen Minimalvorstellungen über individuelle und soziale Fähigkeiten. Indem festgestellt wird, daß ein Individuum aufgrund seiner Merkmalsausprägung diesen Vorstellungen nicht entspricht, wird Behinderung offensichtlich, sie existiert als sozialer Gegenstand erst von diesem Augenblick an“ (Jantzen 2007, S. 18).

Auch Bleidick nimmt vergleichbare Aspekte in seine Definition hinein.

„Behindertsein hängt ab von der Art der Behinderung, dem Ausmaß der Schädigung, den Gebieten, auf denen mit Folgewirkungen der Beeinträchtigung zu rechnen ist (familiär, schulisch, beruflich, öffentlich), sowie der subjektiven Verarbeitung und Kompensationsfähigkeit“ (Bleidick 2006, S. 80).

All diese Definitionen enthalten interaktionistische Erklärungsmodelle von Behinderung. Sie können als Trendwende in der Art und Weise, wie Behinderung erklärt und betrachtet wird, gesehen werden. Sie wenden sich ab von einer rein

defektorientierten, medizinischen Sichtweise und stärken den Blick auf Zuschreibungsprozesse und soziale Erwartungshaltungen, die aus Schädigungen erst Behinderungen machen (Bleidick 1985, S. 262). Hier zeigt sich auch, dass eine verhältnismäßig schwerwiegende Schädigung nicht zwangsläufig zu einer ebensolchen schweren Behinderung führen muss. „Entscheidend für den in Gang kommenden Prozess ist nicht unbedingt der Schweregrad einer Schädigung, sondern die kommunikative Signifikanz und Relevanz dieser generalisierenden Auffälligkeit, also die soziale Wahrnehmbarkeit dieser Devianz“ (Speck 2003, S. 233).

Eine andere Komponente der Folgen einer Schädigung hat Hahn im Blick:

„Dabei können die Bezeichnungen ‚Behinderung‘ und ‚Lebensbeeinträchtigung‘ als Sprachsymbole *eines* Sachverhaltes aufgefaßt werden, der [...] als das *quantitative und qualitative ‚Mehr‘ an sozialer Abhängigkeit* verstanden wird, durch das sich behinderte von nichtbehinderten Menschen unterscheiden“ (Hahn 1981, S. 20).

All diese Definitionen legen also ihre Schwerpunkte auf jeweils andere Aspekte des Phänomens „Behinderung“, stehen nebeneinander und führen zu keiner eindeutigen Begriffsexploration. Dennoch ist der Begriff der „Behinderung“ (oder ähnlicher Begriffe, die dasselbe Faktum bezeichnen) in der Sonder- und Heilpädagogik – und nicht nur hier – unumgänglich.

„Das Fazit realistischer Überlegungen lautet, daß der Begriff der Behinderung unverzichtbar ist. Seine Ambivalenz steht außer Frage: Der Status des Behindertseins verleiht Vorteile, Steuererleichterungen, Freifahrt auf öffentlichen Verkehrsmitteln, Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung; zugleich diskriminiert das Etikett der Behinderung im Ansehen der Nichtbehinderten und droht mit gesellschaftlicher Aussonderung“ (Bleidick 1999, S. 84).

Ebensowenig, wie „Behinderung“ oder „Beeinträchtigung“ klar fassbar und abgrenzbar ist, herrscht Konsens darüber, wie der in dieser Arbeit zu untersuchende Personenkreis – nämlich „Menschen mit geistiger Behinderung“ oder „Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ - zu definieren und zu beschreiben wäre, wie das nächste Kapitel deutlich macht.

## **2. Der Terminus „Geistige Behinderung“ oder „Intellektuelle Beeinträchtigung“**

Der Begriff der „geistigen Behinderung“ ist ein verhältnismäßig junger Begriff. Er wurde gegen Ende der 1950er Jahre von der Elternvereinigung Lebenshilfe in die fachliche Diskussion eingebracht. Er sollte damals noch geläufige, aber bereits stark stigmatisierende und diskriminierende Begriffe wie „Schwachsinn“ oder „Idiotie“ ablösen. Zudem suchte man mit Einführung dieses Begriffes Anschluss an die angloamerikanische Terminologie zu finden, die zu dieser Zeit von „mental retardation“ sprach (Theunissen 2007b, S. 94).

Doch auch hier konnte bis dato noch keine einheitliche, verbindliche Definition gefunden werden.

Einen Definitionsversuch finden wir bei Otto Speck, der sich damit stark an die im vorangehenden Kapitel beschriebene Definition von Hahn anlehnt.

„Das Ausmaß der unmittelbaren Lebenserschwerung bei einer erheblichen Intelligenzschädigung ist groß. Die eigene Handlungsfähigkeit (Selbstständigkeit) ist derart herabgesetzt, dass im Allgemeinen eine extreme soziale Abhängigkeit eintritt“ (Speck 2003, S. 208).

Einen weiteren Definitionsvorschlag finden wir bei Bach, der statt des Begriffs „Geistige Behinderung“ hier den jüngeren Begriff der „mentalen Beeinträchtigung“ verwendet.

„Mentale Beeinträchtigung ist äußerlich durch längerfristiges, umfängliches und stark abweichendes Verhalten in vielen Lebenssituationen gekennzeichnet – in den Bereichen des Denkens und Lernens, der Motorik, der Wahrnehmungsreaktion, der Emotion, des Sozialen, der Sprache und der Interessensäußerung – im Vergleich zum lebensaltermäßig in der Regel zu erwartendem Verhalten“ (Bach 2001, S. 29).

Auch die Position der Behinderung als gesellschaftlicher Zuschreibung findet sich in Bezug auf den Begriff „Geistige Behinderung“ wieder.

„Geistige Behinderung ist also eine *gesellschaftliche Positionszuschreibung* aufgrund vermuteter oder erwiesener Funktionseinschränkungen angesichts der als wichtig betrachteten sozialen Funktionen“ (Neuhäuser/Steinhausen 2003, S. 10).

Neuhäuser und Steinhausen unterstreichen auch hier nochmals die Bedeutung des sozialen Umfeldes, wenn sie formulieren:

„Die geistige Behinderung eines Menschen ist als Ergebnis des Zusammenwirkens von vielfältigen sozialen Faktoren und medizinisch beschreibbaren Störungen anzusehen. Die diagnostizierbaren prä-, peri- oder postnatalen Schädigungen erlauben zunächst meist keine prognostische Aussage“ (ebd.).

Die Beschreibungen der WHO hingegen lesen sich gänzlich anders. Sie orientieren sich stark am Intelligenzquotienten und sind erheblich von medizinischen Sichtweisen beeinflusst. Hier wird zunächst von einer „Intelligenzminderung“ gesprochen, der Begriff der „Geistigen Behinderung“ findet sich erst in den näheren Beschreibungen wieder.

„Eine Intelligenzminderung ist eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten“ (WHO, Dilling et al. 2010, S. 276).

Weiters unterscheidet die WHO unterschiedliche Schweregrade der Intelligenzminderung. Die Einteilung wird unter Zuhilfenahme des Intelligenzquotienten getroffen.

- Leichte Intelligenzminderung: verzögerter Spracherwerb, meist volle Unabhängigkeit bezüglich der Selbstversorgung sowie in praktischen und häuslichen Tätigkeiten, Hauptprobleme bei der Schulausbildung, IQ-Bereich

zw. 50 und 69; dazugehörige Begriffe: leichte geistige Behinderung, leichte Oligophrenie, Deбилität, Schwachsinn (WHO, Dilling et al. 2010, 277f)

- Mittelgradige Intelligenzminderung: verlangsamte Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachgebrauch, „einige Betroffene benötigen lebenslange Beaufsichtigung“ „Ein vollständig unabhängiges Leben im Erwachsenenalter wird nur selten erreicht“. IQ-Bereich zwischen 35 und 49; dazugehörige Begriffe: Imbezillität, mittelgradige geistige Behinderung, mittelgradige Oligophrenie (a.a.O., S. 279f).
- Schwere Intelligenzminderung: ähnelt hinsichtlich des klinischen Bildes der Gruppe der mittelgradigen Intelligenzminderung. Motorische Schwächen und andere Ausfälle. IQ-Bereich zwischen 20 und 34; dazugehörige Begriffe: schwere geistige Behinderung, schwere Oligophrenie (a.a.O., S. 280)
- Schwerste Intelligenzminderung: IQ unter 20, können Aufforderungen und Anweisungen nicht verstehen oder sich danach richten, meist immobil, „benötigen ständige Hilfe und Überwachung“; Dazugehörige Begriffe: Idiotie, schwerste geistige Behinderung, schwerste Oligophrenie (a.a.O., S. 280f).

Diese Beschreibung liest sich, wie bereits weiter oben erwähnt, sehr medizinerorientiert. Dennoch muss festgehalten werden: Geistige Behinderung ist keine Krankheit, sondern eine „besondere Situation von Gesundheit“ (Neuhäuser/Steinhausen 2003, S. 214).

Auch Theunissen verwehrt sich gegen diese Definition offensichtlich, wenn er zu bedenken gibt, dass die Einteilung nach dem Intelligenzquotienten viele Bereiche außer Acht lasse und keinerlei Aussagekraft bezüglich Entwicklungschancen oder Lebenszufriedenheit des Betroffenen habe (Theunissen 2007b, S. 95).

Auch Speck sieht eine Geistige Behinderung als wesentlich komplexer an, als dass man sie auf Grund eines Merkmals definieren könnte.

„Geistige Behinderung ist ein komplexes Phänomen. Komplex heißt, vielfältig zusammengesetzt aus verschiedenen Bestandteilen und Komponenten, die noch dazu in jedem Individuum in eigener Weise miteinander verflochten sind. Jede

individuelle Ausprägung einer geistigen Behinderung ist eine andere“ (Speck 2005, S. 48).

Will man dieser Komplexität jedoch in einer Definition Rechnung tragen, so kann es passieren, dass wahre „Monsterdefinitionen“ in Umlauf gebracht werden, die wohl mehr Verwirrung stiften, als dass sie dabei helfen würden, einen Begriff genauer zu bestimmen, so wie dies meines Erachtens nach bei einem Definitionsversuch von Straßmeier der Fall ist.

„Menschen mit geistiger Behinderung sind als eine sehr heterogene Gruppe von Individuen anzusehen, deren organisch und/oder gesellschaftlich bedingte Beeinträchtigungen im Variationsbereich menschlicher Entwicklung liegen und die im Laufe ihrer individuellen Lebensgeschichte in selbstreferentieller Weise gelernt haben, mit diesen Einschränkungen in einer für sie sinnvollen Weise umzugehen. Die Schwierigkeiten, auf Grund ihrer Beeinträchtigungen nicht erwartungsgemäß auf Anforderungen einer komplexen Alltagswirklichkeit eingehen zu können, drängen sie in eine als defizitär attribuierte Rolle. Um Rolle und Persönlichkeit nicht als ‚andersartig‘ erscheinen zu lassen, ihnen auf der anderen Seite aber Fähigkeiten zu vermitteln, ihre Bewältigungsstrategien situationsadäquat einzusetzen, vor allem aber, ihnen Möglichkeiten einzuräumen, sich selbst in sozialer Integration verwirklichen zu können, bedarf es lebenslanger (sonderpädagogischer) Assistenz zur Lebensbewältigung, nach Möglichkeit in sozialintegrativen Handlungsfeldern“ (Straßmeier 2000, S. 57f).



Hartmann-Kreis hat versucht, unterschiedliche Sichtweisen von unterschiedlichen Ausprägungen einer geistigen Behinderung gegenüberzustellen.

	Alte psychiatrische Terminologie	Art der „Bildbarkeit“	Stufe der kognitiven Entw. Nach PIAGET	Entwicklungsalter	Intelligenzdiagnostisch
<b>Geistige Behinderung</b>	Oligophrenie/ Schwachsinn				
Lernbehinderung	Debilität	Schulisch Bildbar	Konkret Operational	Entwicklungsstand Bis ca. 12jährig	IQ 75 – 55
Mittlere geistige Behinderung	Imbezillität	Praktisch Bildbar	Voroperational	Entwicklungsstand Bis ca. 7jährig	IQ 55 – 35
Schwere geistige Behinderung	Idiotie	Gewöhnungsfähig	Sensomotorisch	Entwicklungsstand Bis ca. 2jährig	IQ 35 und tiefer

(Hartmann-Kreis 1996, S. 36)

Wie bereits oben erwähnt, ist der Begriff der „geistigen Behinderung“ nicht unumstritten. Greving und Gröschke halten ihn sogar für den derzeit problematischsten Grundbegriff innerhalb der Sonder- und Heilpädagogik (2000, S. 7).

Bereits in den 1990er Jahren wurde damit begonnen, nicht mehr von „den Geistigbehinderten“ zu sprechen, sondern von „Menschen mit geistiger Behinderung“ (Conrads/Frühauf 2003, S. 316). Die Behinderung sollte dadurch erst als sekundäres Merkmal in den Blick kommen (Neuhäuser/Steinhausen 2003, S. 11).

Doch auch gegen diese Bezeichnung wurde Kritik laut, da sich darin noch immer die nicht unumstrittene Bezeichnung „geistig“ befand. „Der Bedeutungsgehalt von ‚geistig‘ ist jedoch vielfältig und schillernd, nicht nur aus der philosophisch-religiösen Tradition heraus, sondern auch aus seiner Nähe zu den früher sogenannten Geisteskrankheiten, so dass dieser Vokabel allenfalls noch eine Übergangsfunktion zukommt“ (Mühl 2000, S. 45).

Auch Jakobs verwehrt sich gegen diese Bezeichnung. „Die Individualität eines Menschen als solche, sein ‚Personkern‘ kann nicht als ‚defekt‘ bezeichnet werden. Geist kann nicht behindert sein; behindert sind lediglich einzelne physische und psychische Funktionen, Aufnahme- und Verarbeitungsmechanismen sowie Ausdrucksmodalitäten“ (2000, S. 37).

Auch Theunissen kritisiert den Begriff „Mensch mit geistiger Behinderung“, allerdings auf einer anderen Basis. Da für ihn „Geistige Behinderung“ kein objektiver Tatbestand, sondern ein soziales Zuschreibungskriterium ist, präferiert er die Bezeichnung „Personen, die als geistig behindert *bezeichnet* werden“ (2007b, S. 94).

Weber proklamiert, man solle den Terminus „geistig“ durch den Begriff „intellektuell“ ersetzen. „Durch den Austausch des Wortes *geistige* mit *intellektuelle* wird verschärft auf das persistierende Merkmal bei diesem Erscheinungsbild hingewiesen, nämlich auf die Beeinträchtigung intellektuell-kognitiver Funktionen. Die Einschränkungen beziehen sich vor allem auf die Bereiche der abstrakt-analytischen und begrifflichen Intelligenz und den hiermit verbundenen mehr oder weniger stark ausgeprägten Schwierigkeiten und Begrenzungen in der Aneignung von Fertigkeiten wie z.B. dem Generalisierungsvermögen, dem abstrakt-logischen Denken, dem Vorstellungsvermögen, der Strategieentwicklung und der Strategiebefolgung“ (Weber 1997, S. 14f).

Bach hingegen verwendet in seinen Ausführungen den Begriff der „mentalene Beeinträchtigung“ für jenen Tatbestand, den wir hier meist mit „Geistiger Behinderung“ umschrieben haben. „Das Wort ‚Beeinträchtigung‘ umfasst stärker als ‚Behinderung‘ auch den Prozess negativer Einflussnahmen neben dem Ergebnis: dem Schaden, der Benachteiligung, der Belastung“ (Bach 2001, S. 19).

Er definiert Beeinträchtigung folgendermaßen: „Beeinträchtigung ist – von außen gesehen – praktisch eine Nicht-Entsprechung von Maßstäben und – im subjektiven Erleben – ein Überfordertsein durch vorliegende oder bereits verinnerlichte Ansprüche, was als *Belastung* bezeichnet wird“ (a.a.O., S. 45). Auch er sieht die Relativität und den gesellschaftlichen Anteil im Lebensvollzug des Betroffenen. „Deshalb gilt es zu sehen, daß es ‚Beeinträchtigung an sich‘ nicht gibt, sondern stets nur in Bezug auf bestimmte Funktionen und im Hinblick auf bestimmte Erwartungen unter bestimmten Bedingungen“ (Bach 2001, S. 108).

Viele Experten im angloamerikanischen Raum sympathisieren mittlerweile mit der Bezeichnung „People with Intellectual Disabilities“, nicht zuletzt auch deshalb, weil dieser Begriff derzeit auch von Selbstvertretergruppen favorisiert wird. Im deutschsprachigen Raum findet sich vermehrt die Bezeichnung „Menschen mit intellektueller Behinderung“ in Fachkreisen wieder, wohingegen die Betroffenen selbst den Terminus „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ präferieren (Theunissen 2007a, S. 10f).

Greving und Gröschke sehen derzeit dennoch den Begriff der „geistigen Behinderung“ als Leitbegriff in der Sonder- und Heilpädagogik. „Allerdings hat er seine allseitige Verbindlichkeit und bedenkenlose Gültigkeit endgültig eingebüßt“ (2000, S. 7).

Dennoch kann auf Fachbegriffe nie verzichtet werden, auch wenn sie in diesem Fall immer die Tendenz haben werden, Menschen zu etikettieren und zu stigmatisieren. „Im Bereich der *Wissenschaft* kann auf eine Kennzeichnung und Definition oder Umschreibung einer spezifisch gemeinten Personengruppe nicht verzichtet werden. Wissenschaftliche Klärungen sind ohne Termini nicht möglich. [...] Zur Unterscheidung von Etwas und einem anderen Etwas muss eine Grenze gezogen werden“ (Speck 2005, S. 51).

Auch wenn es nicht leicht ist, sich in diesem Positionenstreit einem Lager anzuschließen, wird in dieser Arbeit für den betroffenen Personenkreis die Bezeichnung „Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ verwendet werden.

### **3. Geschichte des Umgangs mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung**

Beschäftigt man sich mit aktuellen Fragen einer Disziplin, mit den derzeit herrschenden Umständen und den Ansprüchen, denen die Zukunft gerecht werden soll, so wird vieles oft erst dadurch verstehbar, dass man einen Blick in die Vergangenheit wirft und über vorangehende Entwicklungen Bescheid weiß, denn die Gegenwart ist nicht zufällig so gestaltet, wie sie sich uns darstellt, sie ist eine „geschichtlich so gewordene“ (Feuser 1987, S. 79).

#### **3.1 Antike**

Auch wenn es ohne Zweifel zu allen Zeiten Menschen mit Behinderungen gab, finden sich nur wenige antike Quellen, in denen der Umgang mit dieser Personengruppe zur Sprache kommt.

Allgemein lässt sich sagen, dass Menschen mit Behinderungen zu dieser Zeit oft mit Dämonen in Verbindung gebracht wurden, was eine abwehrende Haltung und oft auch den Tod der Betroffenen nach sich zog (Speck 2005, S. 15). Offensichtlich behinderte Kinder wurden getötet oder ausgesetzt, was in den meisten Fällen ebenso den Tod bedeutete. Diese Praxis fand sowohl bei den Sumerern, den Babyloniern und den Spartanern, als auch bei den Römern statt. Seneca (1 – 65 n. Chr.) etwa schreibt: „Kinder ertränken wir, wenn sie gebrechlich oder mißgestaltet zur Welt kommen“ (zit.n.: Josef 1967, S. 47). Konkret entschied im alten Rom der Familienvater, der „pater familias“, über das Schicksal des Kindes (Mühl 2000, S. 16).

Griechische Kinder mit Behinderungen ereilte ein ähnlich schweres Schicksal. Verkrüppelte Kinder wurden hier zum Teil noch stärker verunstaltet, um beim Betteln mehr Mitleid zu erregen. Und Platon empfahl, missgestaltete Kinder an einem unzugänglichen Ort zu verstecken. Getötet sollten sie jedoch nur dann werden, wenn die Landesbräuche es erlaubten (Josef 1967, S. 47). Die Philosophen der griechischen Antike erachteten nur dann einen Menschen als

wertvoll, wenn dieser für den Staat brauchbar war (Strachota 2002, S. 228). Eine Tendenz, die man später im Lauf der Geschichte erneut vorfinden wird.

### **3.2 Der Einfluss des frühen Christentums**

Die Haltung Jesus gegenüber den früher am Rande oder außerhalb der Gesellschaft stehenden Menschen ist eine damals gänzlich neue. Er nimmt sich ihrer an und predigt seinen Mitmenschen, es ihm gleichzutun. Werte wie Nächstenliebe und Barmherzigkeit finden Einzug in das Denken der Menschen (Strachota 2002, S. 232). Diese Tradition setzt sich im gesamten christlichen Altertum fort, was zur Folge hatte, dass die Bischöfe die Notleidenden ihrer Gemeinde versorgten (Josef 1967, S. 47f). Von Uhlhorn wurde überliefert, dass sich vor den ersten christlichen Bethäusern Arme, Krüppel und Schwachsinnige versammelten, für welche bald neben den Kirchen Zufluchtsstätten errichtet wurden, wo sie versorgt wurden (nach Josef 1967, S. 48). Auch Klöster nahmen sich von Beginn an der Ausgestoßenen an (Josef 1967, S. 49). Ab dem 4. Jahrhundert wurden von christlicher Seite eigene Waisen- und Armenhäuser errichtet (Strachota 2002, S. 232).

### **3.3 Die Zeit vor dem 18. Jahrhundert**

Am Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung ändert sich auch im Mittelalter nicht viel. „Die Tötung und Aussetzung von Mißgestalteten und Behinderten wurde über das gesamte Mittelalter hinweg stillschweigend geduldet“ (Antor/Bleidick 1995, S. 21). Erreichten Menschen mit Behinderungen jedoch das Erwachsenenalter, so wurden sie in Klöstern, Hospitälern und Armenhäusern „verwahrt“, zu pädagogischen Maßnahmen kam es nur selten. Eine Ausnahme bildete lediglich die Erziehung zu Frömmigkeit und Gläubigkeit (Bachmann 1985, S. 294f). Der Glaube, Behinderungen entstünden in Folge von Schuld und Sündhaftigkeit, blieb über das gesamte Mittelalter hinweg erhalten (Bachmann 1985, S. 170).

Im Jahr 1000 tritt erstmals der Begriff des „Wechselbalgs“ auf (Bachmann 1985, S. 181). Hierunter verstand man Kinder, welche körperlich missgestaltet und geistig schwer behindert waren. Man meinte, dass der Teufel das wahre Kind aus der Wiege nahm und gegen einen Wechselbalg austauschte (Antor/Bleidick 1995, S. 21). Als prophylaktische Maßnahmen gegen einen derartigen Austausch wurde die Taufe beziehungsweise eine aufgeschlagene Bibel neben der Wiege empfohlen. Hat der Kindestausch bereits stattgefunden, konnte dieser – nach dem damaligen Glauben – nur durch eine möglichst grausame Behandlung des Säuglings wieder rückgängig gemacht werden (Bachmann 1985, S. 183). Selbst Martin Luther (1483 – 1546) glaubte noch an die Existenz von Wechselbälgen. Er soll geraten haben, diese Kinder zu ertränken (Josef 1967, S. 52).

Einen weiteren, für Menschen mit Behinderung damals lebensgefährlichen Aspekt, stellte der Glaube an die Existenz und Gefährlichkeit von Hexen dar. Der erste dokumentierte Fall einer Verurteilung auf Grund von Hexerei stammt aus dem Jahr 1239, ab dem 15. Jahrhundert wurden Hexen systematisch aufgespürt, verfolgt und getötet (Strachota 2002, S. 235). „Gerade im ausgehenden Mittelalter fiel manch einer, der der Heilpädagogik bedürftig war, diesem Hexenglauben zum Opfer“ (Josef 1967, S. 52).

Ab dem Spätmittelalter wurden Menschen mit Behinderungen auch außerhalb kirchlicher Einrichtungen versorgt, so etwa in Rettungshäusern und städtischen Waisenanstalten, zum Teil auch in Narrenhäusern (Josef 1967, S. 52), welche nach 1500 in nahezu allen europäischen Ländern errichtet wurden (Strachota 2002, S. 237). Die Ansichten über Menschen mit Behinderungen ändern sich auch in dieser Zeit nur vereinzelt und schleppend.

Im 15. Jahrhundert hielten es Mediziner erstmals für möglich, dass es sich bei Wechselbälgen um erkrankte Menschen handeln könnte, welche auf medizinische Behandlung angewiesen wären. Im 16. Jahrhundert hielt vereinzelt die Meinung Einzug, dass vielleicht der Teufel nichts mit einer Behinderung zu tun haben könnte (Strachota 2002, S. 236).

In dieser Zeit sind auch die ersten pädagogischen Bemühen um Menschen mit geistiger Behinderung verortet. Ein Druckereibesitzer, Peter Jordan, schrieb 1533 die „Leyenschuol“, ein Buch für jene Menschen, denen es mit den damals üblichen didaktischen Methoden nicht möglich war, lesen und schreiben zu lernen. Jordan hielt es nicht für zweckmäßig, diesen Menschen das Alphabet der Reihe nach

beizubringen und ordnete jedem Buchstaben eine Figur oder einen Gegenstand zu (Josef 1967, S. 52f).

Auch bei Comenius (1592 – 1670) finden sich bereits Hinweise darauf, wie die „Schwachen“ zu unterrichten seien. Für Josef gilt dieser als der erste große Mahner, „der als Pädagoge den Erziehungsanspruch auch des subnormalen Kindes erkannte“ (Josef 1967, S. 53) und damit viele Heilpädagogen beeinflusst hat.

### **3.4 18. Jahrhundert**

„Das Gedankengut der Aufklärung führte allmählich zur Überwindung des Aberglaubens und regte das kausale Interesse an der Erforschung der Geistesschwäche, des Kretinismus, [...]“ (Speck 2005, S. 16). Ein weiterer Aspekt, der zur Hinwendung und Förderung von Menschen mit Behinderungen führte, war der Beginn der Industrialisierung. „Der Grundgedanke der Erziehung der Aufklärung war jener der bürgerlichen Brauchbarkeit“ (Strachota 2002, S. 242). Dies hatte jedoch zunächst nur für blinde und taubstumme Kinder Auswirkungen, da diese leichter zu bilden waren als etwa Kinder mit einer geistigen Behinderung (ebd.).

Erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts werden die Bemühungen um Kinder mit einer geistigen Behinderung intensiviert. So setzte sich etwa Felbiger zu dieser Zeit dafür ein, dass im österreichischen Schulwesen auch die gering begabten Kinder beschult würden (Josef 1967, S. 55).

Pestalozzi (1746 – 1827) nahm sich ebenfalls der „Schwachen“ an und war hierbei von einem großen Optimismus getragen (Josef 1967, S. 56f). Dennoch resümiert Strachota, dass von einer „zielgerichteten Eröffnung und Gestaltung von Erziehung und Unterricht“ (2002, S. 252) für Kinder mit geistiger Behinderung in dieser Zeit nicht gesprochen werden kann.

### 3.5 19. Jahrhundert

Erst im 19. Jahrhundert entstanden Anstalten speziell für „schwachsinnige“ Kinder (Speck 2005, S. 17), die häufig als „Heil-, Pflege- und Erziehungseinrichtung“ bezeichnet wurden (Lindmeier/Lindmeier 2002, S. 199). Die erste Anstalt in Mitteleuropa, in der auch Kretine unterrichtet wurden, entstand 1816, 1818 oder 1824 in Hallein bei Salzburg und wurde von Guggenmoos gegründet (Mühl 2000, S. 19).

1841 gründete Guggenbühl auf dem Abendberg bei Interlaken/Schweiz seine „Heilanstalt für Kretine und blödsinnige Kinder“, in welcher er zunächst große Erfolge verzeichnen konnte. Dies führte dazu, dass Guggenbühl davon sprach, Kretinismus heilen zu können (Mühl 2000, S. 19). Später relativierte er diesen Anspruch: „Wenn wir von Heilung des Cretinismus sprechen, so versteht es sich von selbst, dass man darunter die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder auf die Stufe der bürgerlichen Brauchbarkeit zu verstehen hat, [...]“ (1860, zit.n. Lindmeier/Lindmeier 2002, S. 27). Guggenbühls Behandlungsmethoden sind vielfältig. Er nennt etwa natürliche Ernährung, gymnastische Übungen, elektromagnetische Bäder und Lebertran, aber auch anregende Übungen für den Seh-, Hör-, Tast-, Geschmacks- und Geruchssinn als unabdingbare Methoden der Behandlung des Kretinismus (Strachota 2002, 267f). „Eine Heilanstalt für Cretinismus muss ihrem Wesen nach ein *Hospital* und eine *Schule* sein, worin medicinische und pädagogische Hilfsmittel Hand in Hand gehen“ (Guggenbühl 1853, zit.n. Strachota 2002, S. 268, Herv.i.O.).

Diese Ansicht war zu der damaligen Zeit weit verbreitet. Auch Saegert legte großen Wert auf die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pädagogen in den Anstalten (Josef 1967, S. 63). Saegert war zunächst Taubstummenlehrer, gründete 1845 in Berlin eine „Heil- und Bildungsanstalt für Blödsinnige“ und verfasste das Buch „Über die Heilung des Blödsinns auf intellektuellem Wege“ (Strachota 2002, S. 269).

Zur Entstehung einer geistigen Behinderung gab es zu dieser Zeit unterschiedliche Ansichten. Séguin etwa beschrieb Idiotie als „spezifische Erkrankung der kranio-spinalen Achse, die durch Nahrungsmittel im Uterus und beim Neugeborenen hervorgerufen wird“ (1866, zit.n. Lindmeier/Lindmeier 2002, S. 83, Herv.i.O.). Guggenbühl hingegen war etwa der Ansicht, dass klimatisch-



topographische Umstände, wie der Zustand der Luft, des Wassers und des Bodens bei der Ausbildung des Kretinismus ursächlich wären (Strachota 2002, S. 262).

Einigkeit herrschte damals allerdings darüber, dass nicht alle „Idioten“ erziehungs- und bildungsfähig wären. So schrieb etwa Helferich 1847: „Nur wenig oder gar nichts darf die Erziehung erwarten von folgenden, bestimmt ausgeprägten Formen des Leidens: 1) von alten Cretinen, in denen das Uebel bereits vollendet ist; 2) von Idioten, welche die ausgestreckten Finger vor die Augen bringen, mit ihnen dort spielen, [...]; 3) von den sogenannten Hirnarmen, besonders mit zuckerhutförmig zugespitztem Kopf; [...]“ (zit.n. Lindmeier/Lindmeier 2002, S. 31).

Der Begriff „Heilpädagogik“ wurde von Georgens und Deinhardt durch ihr 1861 erschienenen Buch „Die Heilpaedagogik. Mit besonderer Berücksichtigung der Idiotie und der Idiotenanstalten“ geprägt. Bereits 1856 gründeten die beiden Pädagogen Georgens und Deinhardt in Baden bei Wien die „Heilpflege- und Erziehungsanstalt Levana“. Hier wurden Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam unter Zuhilfenahme pädagogischer und medizinischer Methoden von der Geburt an bis zur Berufsausbildung begleitet (Biewer 2009, S. 21).

Waren die gegründeten Anstalten zunächst noch klein und lediglich als Unterbringungsort auf Zeit gedacht, wuchsen sie etwa ab der Mitte des Jahrhunderts oft zu Komplexeinrichtungen heran, die – nachdem offensichtlich wurde, dass nicht alle Menschen mit einer geistigen Behinderung durch Erziehung in die Lage versetzt werden können, für sich selbst zu sorgen – nun auch als Wohnstätte auf Lebenszeit gesehen wurden (Lindmeier/Lindmeier 2002, S. 252).

### **3.6 20. Jahrhundert**

Am Beginn des 20. Jahrhunderts wuchsen Psychiatrie und Geistigbehindertenpädagogik immer mehr zusammen. Idiotenanstalten wurden nun nach psychiatrischen Grundsätzen geführt. Geistig behinderte Menschen wurden als gesellschaftsunfähig und –schädlich betrachtet (Lindmeier/Lindmeier 2002, S. 253).

Die fortschreitende Industrialisierung trug ebenso zu veränderten Denkmustern bei und betraf nicht nur Menschen mit einer geistigen Behinderung, sondern etwa

auch Prostituierte, Alkoholiker und Geisteskranke. Diese wurden mit Oberbegriffen wie „die Minderwertigen“, „die Entarteten“ oder „die Untermenschen“ bezeichnet (Dörner 1993, S. 28). „Seither war ein Mensch in allen europäischen sich industrialisierenden Gesellschaften keineswegs immer auch ein Mensch; er konnte auch Unmensch oder Untermensch sein. Und kaum jemand fand etwas dabei“ (ebd.).

Auch der zusehends größer werdende Einfluss der Medizin trug zu den späteren Entwicklungen bei. Bereits Ende des 19. Jahrhunderts wurden viele „Entartungen“ nicht mehr nur als Krankheit, sondern als Erbkrankheit gesehen (Strachota 2002, S. 159). Dieser Umstand sollte noch weitreichende Folgen haben.

Bereits 1859 erschien Darwins Buch „Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder Die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampf ums Dasein“ (Klee 1983, S. 19). Darwin war der Ansicht, dass „alles irdische Leben (also auch das menschliche Leben) ein Produkt seiner Auseinandersetzung mit der Umwelt“ (Strachota 2002, S. 159) sei. In dieser notwendigen Auseinandersetzung würden die jeweils Tüchtigsten überleben und sich fortpflanzen (Möckel 2007, S. 163). Ein Cousin Darwins, Francis Galton, entwickelte diesen Gedanken weiter und entwickelte praktische Anwendungsbeispiele zur „Menschenzucht“ (Strachota 2002, S. 159). Er führte hierzu den Begriff „Eugenik“ (wohlgeboren) ein (Klee 1983, S. 19). Galton fordert zunächst lediglich, dass die Tüchtigen besonders viele Kinder zeugen sollen (positive Eugenik), später spricht er auch davon, die Minderwertigen vom Fortpflanzungsprozess ausschließen zu wollen (negative Eugenik) (Klee 1983, S. 19).

Im deutschsprachigen Raum hatten die Publikationen von Schallmayer („Über die drohende körperliche Entartung der Kulturmenschen“) und Ploetz („Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen“) großen Einfluss. Ploetz war es auch, der den Begriff „Rassenhygiene“ prägte (Strachota 2002, S. 160). Beide waren Anhänger einer negativen Eugenik und forderten unter Anderem Sterilisationen, Ehegesundheitszeugnisse und Zwangsasylierungen (Strachota 2002, S. 160).

Zu erwähnen bleibt, dass eugenische und rassenhygienische Überlegungen und Forderungen zusehends auf fruchtbaren Boden fielen, wenn man bedenkt, dass viele Menschen damals in großer Armut lebten, viele „tüchtige Männer“ auf den

Schlachtfeldern des 1. Weltkrieges starben und die Weltwirtschaftskrise ihr übriges zur Armut beitrug (Lindmeier/Lindmeier 2002, S. 254).

Als „Wegbereiter der Nationalsozialisten“ (Antor/Bleidick 1995, S. 28) gilt die 1920 veröffentlichte Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“ von Binding und Hoche. Sie streichen den wirtschaftlichen Aspekt klar hervor, wenn sie schreiben: „Die Frage, ob der für diese Kategorien von Ballastexistenzen notwendige Aufwand nach allen Richtungen hin gerechtfertigt sei, war in den verflossenen Zeiten des Wohlstands nicht dringend; jetzt ist es anders geworden, und wir müssen uns ernstlich mit ihr beschäftigen“ (Binding/Hoche 1920, S. 55). Sie sehen die Euthanasie von „Nebemenschen“ (a.a.O., S. 20) als „Erlösung aus einem unerträglichen Leben“ (a.a.O., S. 21). Über die „unheilbar Blödsinnigen“ schreiben Binding und Hoche: „Ihr Leben ist absolut zwecklos, aber sie empfinden es nicht als unerträglich. Für ihre Angehörigen wie für die Gesellschaft bilden sie eine furchtbar schwere Belastung. Ihr Tod reißt nicht die geringste Lücke – außer vielleicht im Gefühl der Mutter oder der treuen Pflegerin“ (a.a.O., S. 31). Und schließlich: „‘Mitleid’ ist den geistig Toten gegenüber im Leben und im Sterbensfall die an letzter Stelle angebrachte Gefühlsregung; wo kein Leiden ist, ist auch kein mit-Leiden“ (a.a.O., S. 59). Das Individuum rückte in den Hintergrund, das Thema „Volksgesundheit“ gewann mehr und mehr an Gewicht (Theunissen 1999, S. 34). Die ersten eugenischen Vereine in Österreich wurden, im europäischen Vergleich relativ spät, 1923 gegründet (Mayer 2007, S. 165). Hier fanden zunächst nur freiwillige Eheberatungen statt, die von den Menschen jedoch kaum angenommen wurden (a.a.O., S. 315).

Die erste bekannte Sterilisation in eugenischer Absicht wurde bereits 1892 von Forel durchgeführt, amtlich legalisiert wurden Sterilisationen in Deutschland allerdings erst kurz nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten (Antor/Bleidick 1995, S. 28). Am 14. Juli 1933 verabschiedete Adolf Hitler das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Dieses besagte:

„(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.“

(2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. angeborenem Schwachsinn,
2. Schizophrenie,
3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irrsein
4. erblicher Fallsucht,
5. erblichem Veitstanz (huntingtonsche Chorea),
6. erblicher Blindheit,
7. erblicher Taubheit
8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.

(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet. [...]

Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen, so ist sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen, sofern nicht dieser allein den Antrag gestellt hat“ (zit.n. Möckel/Adam/Adam 1999, S. 86ff).

In Österreich konnte rassenhygienisches Denken zunächst nur schwer Fuß fassen (Baader 2007, S. 82), was sich jedoch nach dem Anschluss Österreichs an Deutschland rasch änderte. Am 1.1. 1940 trat das Sterilisationsgesetz auch in Österreich in Kraft (Klee 1983, S. 85). Man geht davon aus, dass insgesamt etwa 400 000 Menschen zwangssterilisiert wurden (a.a.O., S. 86), die Mehrheit auf Grund der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ (Möckel 2007, S. 201).

Am 18. August 1939 erfolgte ein vertraulicher Erlass bezüglich der Meldepflicht von missgestalteten Kindern. Ab sofort mussten Ärzte und Hebammen Kinder bis zum 3. Lebensjahr melden, wenn diese unter Idiotie, Lähmungen oder Missbildungen litten (Klee 1983, S. 334). Den Eltern wurde vermittelt, dass ihre Kinder in den neu errichteten Kinderfachabteilungen am besten betreut und gefördert werden können und sie ihre Kinder möglichst schnell einweisen lassen sollten (Klee 1983, S. 336). Dort wurden die Kinder nach zu erwartender Arbeitsfähigkeit selektiert. Jene, die voraussichtlich niemals arbeitsfähig sein würden, wurden ermordet (Klee 1983, S. 333f).

Die „Aktion T4“ begann nach einer Ermächtigung Hitlers, die auf den 1.9.1939 datiert wurde und lediglich aus einem Satz besteht: „Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen

unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann“ (zit.n. Klee 1983, S. 114). Die Leiter der Heil- und Pflegeanstalten wurden verpflichtet, Meldebögen auszufüllen (Klee 1983, S. 90), auf deren Grundlage Gutachter über die weitere „Behandlung“ der „Kranken“ entschieden, ohne diese je gesehen zu haben (a.a.O., S. 123). Jene, die als „lebensunwert“ deklariert wurden, wurden in Vergasungsanstalten abtransportiert, in welchen eine letzte Untersuchung stattfand. Diese diente jedoch in erster Linie dazu, um plausible Todesursachen angeben zu können (a.a.O., S. 143). Danach wurden sie mit CO-Gas getötet (Aly 1985, S. 21) und in den anstaltseigenen Krematorien verbrannt (Klee 1983, S. 147). Die Angehörigen erhielten Sterbeurkunden mit erfundenen Todesursachen und falschem Sterbedatum, wodurch sich die Nationalsozialisten erhofften, die Geschehnisse vertuschen zu können (a.a.O., S. 148). Dies gelang jedoch nicht zur Gänze und allmählich regte sich Widerstand, auch seitens der Kirchen, sodass die Aktion T4 am 24. August 1941 offiziell eingestellt wurde (Antor/Bleidick 1995, S. 33). Bis dahin waren mehr als 70 000 Menschen „desinfiziert“ worden (Klee 1983, S. 265). Tatsächlich aber war die Euthanasie noch lange nicht beendet, sie wurde als „wilde Euthanasie“ fortgeführt. Die Insassen der Anstalten wurden von nun an entweder mit Medikamenten ermordet oder Verhungerten auf Grund von systematischem Nahrungsentzug (Theunissen 1999, S. 35). Auch in den Konzentrationslagern starben viele „Schwachsinnige“ und Geistesranke (Antor/Bleidick 1995, S. 33). Für jene, die die Herrschaft des NS-Regimes überlebten, änderte sich nach dem 2. Weltkrieg zunächst nicht viel. Sie fristeten ihr Dasein weiterhin in großen Anstalten oder psychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern. Dieser Umstand wurde mit den folgenden Argumenten legitimiert:

- „das Krankheitsargument (geistige Behinderung galt als psychiatrische Krankheit)
- das Pflegeargument (viele der Betroffenen galten als ‚bildungsunfähige Pflegefälle‘)
- das Schutzargument (zum einen ging es um den Schutz der Gesellschaft vor dem Betroffenen, zum anderen sollten die Betroffenen auch vor der Gesellschaft geschützt werden)

- das Überforderungsargument (ein Leben in der Gesellschaft wurde den meisten der Betroffenen überhaupt nicht zugetraut)
- das Kostenargument (eine Massierung Betroffener in großen Einrichtungen galt als die ‚billigste‘ Form der Versorgung)“ (Theunissen/Lingg 1999, S. 7).

Das Schutz- und Überforderungsargument fand auch dann Anwendung, wenn die Menschen mit Behinderungen nicht in Anstalten befindlich waren, sondern in der Familie versorgt wurden. Auch hier wurden sie isoliert und lebten oft unter kaum besseren Umständen als die Menschen in den Anstalten (Berger 2010).

In Österreich begann man ab den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts allmählich damit, sich wieder für das Schicksal dieser Personengruppe zu interessieren. Eine Vorreiterrolle nahm dabei die Elternorganisation „Lebenshilfe“ ein, die - nach Deutschland - zu dieser Zeit auch in Österreich allmählich Fuß fassen konnte (Schmidt 1993, S. 67).

1979 wurde der „Zielplan für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien“ beschlossen, durch den es zu einer Dezentralisierung des gesamten psychosozialen Bereichs kommen sollte. „Für geistig behinderte Menschen war geplant, sie schrittweise aus den psychiatrischen Abteilungen auszugliedern, und ihre Betreuung an den Prinzipien der Förderbarkeit, der Integration, der Normalisierung und der Rehabilitation auszurichten“ (Schmidt 1993, S. 72). Die allmähliche Umsetzung der Forderungen des Normalisierungsprinzips hatte jedoch nicht nur die Ausgliederung der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung aus der Psychiatrie zur Folge, sondern auch die Bestrebungen, Anstalten und Großheime zu Gunsten kleinerer, gemeindeintegrierter Wohnstätten sukzessive aufzulösen. Um nachvollziehen zu können, warum das Normalisierungsprinzip eine derartige Wirkung auf die Versorgung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung haben konnte und bis heute hat, soll es, zusammen mit weiteren Leitprinzipien der modernen Sonder- und Heilpädagogik, im folgenden Kapitel dargestellt werden.

## **4. Leitprinzipien der aktuellen Sonder- und Heilpädagogik**

### **4.1 Normalisierung von Lebensbedingungen**

Die erste schriftliche Fassung des Normalisierungsprinzips findet sich im dänischen „Gesetz über die Fürsorge für geistig Behinderte und andere besonders Schwachbegabte“ aus dem Jahre 1959 wieder. Es wurde von Niels Erik Bank-Mikkelsen formuliert und lautet in der deutschen Übersetzung:

„Geistig behinderte Menschen sollen ein Leben so normal wie möglich führen können“ (Dänisches Sozialgesetz 1959, zit.n. Thimm 1994, S. 35).

Was heute vertraut und einfach klingt, war damals revolutionär. Zu dieser Zeit war es üblich, Menschen mit geistiger Behinderung in großen Anstalten mit starren Alltagsroutinen, totaler Versorgung, sozial isoliert und nach Geschlechtern getrennt, unterzubringen. Diese Sonderinstitutionen lagen meist abseits der Städte und erfüllten eine bereits angesprochene Schutzfunktion: Die Gesellschaft sollte vor den Menschen mit Behinderung geschützt werden, ebenso, wie die Menschen mit Behinderung vor der Gesellschaft geschützt werden sollten (Speck 2003, S. 402).

Eingang in die Fachliteratur fand das Normalisierungsprinzip erstmals durch den Schweden Bengt Nirje im Jahr 1969 (Thimm 1979, S. 20). Er konkretisierte die Forderung nach „normalen Lebensbedingungen“, indem er 8 Bereiche formulierte, in denen das Prinzip umzusetzen sei.

- **Normaler Tagesrhythmus:** Der gesamte Tagesrhythmus soll dem von Gleichaltrigen ohne Behinderung angepasst werden. So sollen etwa auch schwerst geistig Behinderte morgens aus dem Bett geholt und angezogen werden, um am gemeinsamen Frühstück teilnehmen zu können, es sollte ein Wechsel von Arbeit und Freizeit stattfinden und auch der Mensch mit einer schweren Behinderung soll zu einer „normalen“ Zeit zu Bett gebracht werden und nicht dann, wenn die Personalstruktur es gerade erlaubt.

- Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen: Diese Bereiche sollen sowohl räumlich als auch zeitlich voneinander getrennt und klar unterscheidbar sein. Auch schwerstbehinderten Menschen soll zumindest einmal am Tag ein „Milieuwechsel“ ermöglicht werden.
- Normaler Jahresrhythmus: Der Wechsel der Jahreszeiten, persönliche, kirchliche und staatliche Feiertage sollen für den Menschen mit Behinderungen erlebbar gemacht werden. Auch die Wichtigkeit des Urlaubs – für Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen – lässt sich in diesem Punkt wiederfinden.
- Orientierung am Lebenszyklus: Besonders bei Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung neigen manche Menschen dazu, diese zu infantilisieren. Aber auch Menschen mit einer Behinderung werden erwachsen und sind dementsprechend zu behandeln. Auch die ihnen zur Verfügung gestellten Hilfen sollen sich dem jeweiligen Lebensalter der Betroffenen anpassen bzw. sich daran orientieren. So entspricht es etwa dieser Forderung, dass Erwachsene mit einer Behinderung ebenso das Elternhaus verlassen, wie dies Gleichaltrige ohne Behinderung tun.
- Respektierung von Bedürfnissen: Wünsche und Bitten der Menschen mit Behinderung sind – soweit es nur irgendwie möglich ist – zu respektieren und umzusetzen.
- Leben in einer bisexuellen Welt: Der Kontakt zwischen Männern und Frauen soll auch Menschen mit einer Behinderung ermöglicht werden. Auch sie haben Bedürfnisse nach gegengeschlechtlichen Partnerschaften und Sexualität.
- Normaler wirtschaftlicher Standard: Die staatliche Sozialgesetzgebung hat dafür zu sorgen, dass der Mensch mit einer Behinderung zum einen unabhängig von privater Hilfe leben kann, zum anderen aber auch über ein gewisses Taschengeld verfügt, um eine tatsächliche soziale Eingliederung ermöglichen zu können.



- Standards von Einrichtungen für Behinderte: Institutionen für Menschen mit Behinderung sollen in Hinblick auf die geographische Lage, die Größe und die Ausstattung an dem gemessen werden, was man auch für Menschen ohne Behinderung für angemessen hält (Nirje 1969, nach Thimm 1994, S. 37 – 46; Nirje 1974, S. 34 – 38).

Der Prozess der Normalisierung muss auf unterschiedlichen Ebenen greifen. Das Angebot an Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen muss ebenso reformiert werden, wie die Sozial- und Rechtspolitik (Thimm 1994, S. 47). Nirje geht zudem davon aus, dass die Anwendung des Normalisierungsprinzips auch zu einem Umdenken in der Gesellschaft führe. Wenn Menschen mit Behinderung nicht mehr isoliert und ausgesondert würden, so käme es auch zu einer Normalisierung des Umgangs zwischen Menschen mit und ohne Behinderung, das Verständnis füreinander würde zunehmend besser werden (Nirje 1974, S. 39). Im deutschsprachigen Raum konnte sich das Normalisierungsprinzip etwa Mitte der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts etablieren und war – wie bereits kurz angerissen wurde - seit den 80er Jahren mitverantwortlich für viele Reformen (Seifert 2000, S. 153). Die Implementierung gemeindenaher Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten, Angebote im Bereich der Erwachsenenbildung und der Auf- und Ausbau offener Formen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen sind im Wesentlichen auf die Umsetzung des Normalisierungsprinzips zurückzuführen (Beck 2006, S. 107).

Obwohl das Normalisierungsprinzip aus der aktuellen Sonder- und Heilpädagogik nicht mehr wegzudenken ist – Beck bezeichnet es sogar als „die Leitvorstellung der nach- und außerschulischen Hilfen v.a. für geistig behinderte Menschen“ (1994, S. 167) – und dadurch viele positive Veränderungen in Gang gebracht wurden, ist es jedoch nicht unumstritten.

So treten etwa Schwierigkeiten auf, wenn es darum geht, festzustellen, was in einer Gesellschaft nun überhaupt normal wäre bzw. wenn diese Frage geklärt ist, so ist noch immer unbestimmt, ob dies tatsächlich für alle Menschen wünschens- und erstrebenswert ist (Schmidt 1993, S. 32). Oder wäre es vielleicht besser, Menschen mit Behinderung einen gewissen „Schonraum“ zuzugestehen, wie dies zum Teil gefordert wird (Seifert 2000, S. 154)?

Kritik erfuhr das Normalisierungsprinzip mancherorts auch dadurch, dass angenommen wurde, man wolle die Menschen mit Behinderungen „normalisieren“, sie zur Unauffälligkeit erziehen. Angestrebt wird jedoch eine Normalisierung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen, nicht die Normalisierung dieser selbst (Mahlke/ Schwarte 1985, S. 19). Thimm bevorzugt aus diesem Grund auch die Formulierung „Normalisierung der Hilfen“ anstatt „Normalisierungsprinzip“ (1994, S. 47).

Die Forderungen des Normalisierungsprinzips leiteten in den Industrienationen viele Reformen bezüglich der Hilfen für Menschen mit Behinderungen ein. Dadurch mitbedingt erhielten Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ein neues Selbstverständnis und –bewusstsein, welches auch in der Forderung nach mehr Selbstbestimmung – wie im nächsten Kapitel dargelegt – ihren Niederschlag fand.

## **4.2 Selbstbestimmung**

In den 60-er und 70 Jahren des 20. Jahrhunderts begannen Menschen mit Körperbehinderungen in den USA, sich in Gruppen zu organisieren und Selbst- und Mitbestimmungsrechte in allen Belangen des Lebens zu fordern. Zu einem späteren Zeitpunkt formierten sich „Self-Advocacy“-Gruppen, deren Mitglieder nun aus Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und Lernbehinderungen bestanden (Biewer 2009, S. 145). Die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wollen als „Experten in eigener Sache“ betrachtet werden und selbst über ihre Belange entscheiden können (Stinkes 2000, S. 185).

Im deutschsprachigen Raum gewann der Begriff der Selbstbestimmung in den 90-er Jahren des 20. Jahrhunderts zunehmend Bedeutung in der Sonder- und Heilpädagogik (Seifert 2000, S. 155). Einen nicht unwesentlichen Beitrag dazu leistete ein Kongress mit dem Titel „Ich weiß doch selbst, was ich will!“, der 1994 von der Bundesvereinigung Lebenshilfe Deutschland veranstaltet wurde.

Förderung von Selbstbestimmung im Umgang mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung bedeutet:

- „Äußerungen und Bedürfnisse wahrzunehmen, zu verstehen, zu akzeptieren und ihre Realisierung zu begleiten;
- Wahl- und Entscheidungsspielräume zu sehen, zu gestalten und selbstbestimmte Entscheidungen zuzulassen;
- Echte Wahlmöglichkeiten im Hilfesystem zu schaffen (Art, Ort der notwendigen Hilfen; Auswahl der Betreuer)“ (Bradl 1996a, S. 181).

Die Umsetzung dieser Forderungen ist mit vielen Veränderungen verbunden. Das System der Hilfen müsste neu strukturiert und organisiert werden, die Personen, die in diesem System tätig sind, müssten ihr Rollenverständnis neu definieren (Seifert 2000, S. 156). Waren früher Angehörige und Betreuer der Meinung, sie wüssten schon, was das Beste für den Menschen mit einer Beeinträchtigung wäre, sollen sie sich nun vermehrt auf die Bedürfnisse der Betroffenen einstellen, ihnen im Alltag assistieren, sie begleiten (in Abkehr von der Tätigkeit des „betreuens“) und als Nutzer einer Dienstleistung sehen (Bradl 1996a, S. 182).

Die Bedeutung einer selbstbestimmten Lebensführung darf nicht unterschätzt werden. Hahn bezeichnet Selbstbestimmung als „wesenhaft zum Menschsein gehörend“ (1994, S. 81) und begründet dies etwa damit, dass es bereits seit Urzeiten als eine der härtesten Strafmaßnahmen galt, Menschen Autonomie zu nehmen, ihm also die Freiheit zu entziehen (ebd.). Zudem gründe menschliches Wohlbefinden auf der Befriedigung von Bedürfnissen, welche oft nicht erkannt, respektiert oder befriedigt werden, wenn der Mensch fremdbestimmt ist (a.a.O., S. 83).

Auch Seligman führt an, dass Menschen in Anstalten glücklicher wären, ja, sogar länger leben würden, wenn sie mehr Kontrolle über alltägliche Bereiche ihres Lebens hätten (1986, S. 173). Er zeigte auf, dass die beständige Erfahrung von Fremdbestimmung zu „erlernter Hilflosigkeit“ führt, was weitreichende Folgen haben kann, wie Depressionen, Passivität und Unterwerfung (a.a.O., S. 178). Um dies aufzubrechen, müsse diesen Personen die Erfahrung zuteilwerden, dass ihre Handlungen wirkmächtig sind. Dann kann das Gefühl der „erlernten Hilfslosigkeit“ mit seinen negativen Auswirkungen nach einiger Zeit auch wieder abflauen bzw. gänzlich verschwinden (a.a.O., S. 95).

Deshalb fordert auch Osbahr: „Selbstbestimmung soll prinzipiell *jedem* Menschen möglich sein, unabhängig von seinen persönlichen Ausgangsbedingungen, [...]“

(2000, S. 18, Herv.i.O.). Auch Menschen mit einer schweren intellektuellen Beeinträchtigung sind dazu in der Lage, Entscheidungen selbst zu treffen. Es gilt, sie hierbei zu unterstützen und zu fördern. Nach Bach sind folgende pädagogische Verhaltensweisen am ehesten dazu geeignet, Selbstbestimmung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu ermöglichen und zu fördern:

- „Freiraum gewähren – statt ängstlichen Verwahrens;
- Erlaubnishaltung einnehmen – statt Verbotshaltungen;
- Ermutigung geben – statt negative Erwartungsäußerungen;
- Modelle, Anregungen anbieten – statt durch Isolierung und Resignation zu vorstellungsmäßiger Verarmung beitragen;
- Vorstellungen bilden und präzisieren, anstatt bloß im praktischen Tun zu verharren;
- Motivieren, das sich lohnen des Tuns deutlich machen – statt bloßer sachlicher Darstellung;
- Unterstützen – statt voreiliges Helfen;
- Bedürfnisse wecken, namentlich wenn diese unterdrückt worden sind und kein Mut mehr zur Äußerung eigener Bedürfnisse besteht – statt alles nur auf Bravheit abzustellen;
- Erfahrungen sammeln lassen, was auch Irrtümer mit einschließt – statt nur auf Sicherheit zu setzen“ (Bach 1996, S. 67f).

Natürlich ist dies kein Plädoyer dafür, den Menschen mit einer Beeinträchtigung alleine zu lassen, ihn zu vernachlässigen oder unkalkulierbaren Risiken auszusetzen. Ziel ist jedoch immer ein „Mehr“ an Selbstbestimmungsmöglichkeiten und mehr Toleranz gegenüber anderer Lebensentwürfe. Die eröffneten Entscheidungsmöglichkeiten müssen jeweils angemessen sein und dürfen den Betroffenen weder ständig über- noch unterfordern (Bradl 1996a, S. 196; Hahn 1994, S. 84).

Führt man den Gedanken der Selbstbestimmung von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung konsequent fort, so ergeben sich nicht nur Veränderungen für die unmittelbar mit den Betroffenen im Kontakt stehenden Personen, sondern auch für Institutionen und Organisationen, die Dienste für

diese Menschen anbieten. So werden etwa Beschwerdestellen in allen Einrichtungen gefordert, an die sich Menschen mit Beeinträchtigungen bei Missständen oder Fehlverhalten der Professionisten wenden können. Weiters werden Partizipation an Planungs- und Entscheidungsprozessen in Institutionen sowie die gemeinsame Evaluation dieser gefordert. Auch die Gründung von Interessensvertretungen und Selbsthilfegruppen fußt auf der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung (Rock 1996, S. 224 – 227).

Abschließend zu diesem Kapitel gilt es, zwei häufige Missverständnisse aufzuklären: Selbstbestimmung hat keineswegs etwas mit Egoismus zu tun. Das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen findet immer dort seine Grenzen, wo es das Selbstbestimmungsrecht eines Anderen einschränkt oder diesem in einer anderen Art und Weise Schaden zufügt. Selbstbestimmung bedeutet, „ein Stück selbstorganisierte und selbstgestaltete Lebensweise in sozialem Bezug zu verwirklichen“ (Osobahr 2000, S. 135).

Das zweite häufig anzutreffende Missverständnis in der Debatte um mehr Selbstbestimmung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung besteht in dem Trugschluss, dass Selbstbestimmung nur für (relativ) selbstständige Menschen umgesetzt werden könne. Selbstbestimmung ist jedoch nicht an selbsttätiges Handeln gebunden, „sondern impliziert die Möglichkeit den Inhalt und die Form der notwendigen Unterstützung in diesem Zusammenhang selbst zu bestimmen“ (Dworschak 2004, S. 58). So kann etwa auch ein Mensch, der nicht selbstständig essen kann, selbst bestimmen, was er gerne essen möchte, wenn man ihm Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten zugesteht. „Selbstständigkeit ist eine günstige, aber keine hinreichende und auch keine notwendige Voraussetzung von Selbstbestimmung“ (Klauß 2003, S. 91). Selbstbestimmung bedeutet, eigene Entscheidungen treffen zu können, die anerkannt und respektiert werden. „Selbstbestimmung ist bei Abhängigkeit möglich, wenn sie von denen zugelassen und ermöglicht wird, von denen man abhängig ist“ (ebd.). Die Inhalte und die Reichweite selbstbestimmtes Lebens von unterschiedlichen Individuen werden stark variieren, der Anspruch auf ein möglichst selbstbestimmtes Leben muss aber stets für alle gelten (Conrads/Frühauf 2003, S. 317).

Oft werden jedoch Zweifel laut, ob diese Forderungen in herkömmlichen Betreuungssettings umsetzbar sind, was zur Entwicklung neuer Konzepte anregte.

Eines davon, das bereits in der Praxis Fuß fassen konnte, soll im folgenden Abschnitt näher beleuchtet werden.

### **4.3 (Persönliche) Assistenz**

Das Konzept der Persönlichen Assistenz ist nicht nur mit der Forderung nach mehr Selbstbestimmung, sondern auch mit dem Begriff des „Kunden“ und dem neu in die Sonder- und Heilpädagogik eingezogenen Dienstleistungs-Paradigma verbunden. Es ist nicht nur für Menschen mit Behinderungen, die in eigenen Wohnungen leben, anwendbar, sondern kann auch für die Arbeit in institutionellen Kontexten wertvolle Anregungen bieten, weshalb es an dieser Stelle Eingang in diese Arbeit findet.

Das Wort „Assistenz“ wurde aus dem lateinischen entlehnt und bedeutet soviel wie „Beistand, Mithilfe“ (Duden 2001, S. 51). Assistenz ist zunächst einmal etwas, was jeder von uns in unterschiedlichem Ausmaß zeitweilig braucht. Grundlegende Unterschiede zwischen Assistenzformen, die jeder Mensch zeitweilig in Anspruch nimmt und der Form der Hilfe, die Menschen im Konzept der Persönlichen Assistenz zuteil wird, können wie folgt definiert werden:

- „Durch die Dauer der Assistenz: lebenslange im Gegensatz zu temporärer Unterstützung bzw. Hilfe;
- In der Bedeutung für die Alltagsbewältigung: überlebensnotwendiger oder luxusbezogener Beistand
- In den jeweiligen Lebensphasen: normal in früher Kindheit und Alter, dazwischen ein höherer Grad der Unabhängigkeit bei der Mehrheit der BürgerInnen“ (Jerg 2005, S. 138).

Das Konzept der Persönlichen Assistenz stammte zunächst von Menschen mit Körper- oder Sinnesbehinderungen. Hier handelt es sich um eine rein praktische Assistenz, um „Hilfe am Körper“ (Osbahr 2000, S. 141). Die Abgrenzung zu pädagogischen, sozialarbeiterischen oder therapeutischen Unterstützungsleistungen ist hierbei sehr deutlich und auch gewünscht

(Loeken/Windisch 2005, S. 146). Zusehends fordern Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, dieses Konzept auch für die Unterstützungsleistungen, die sie im Alltag benötigen, zu adaptieren, denn auch diese Personengruppe befindet sich auf Grund von vermehrten Bildungschancen und der Abnahme deprivierender Bedingungen auf einem emanzipatorischen Weg und richtet sich gegen das traditionelle paternalistische Fürsprechersystem, in dem Andere angeben, zu wissen, was das Beste für sie sei (Sack 2005a, S. 126).

Legt man das Konzept der Persönlichen Assistenz für Menschen mit Körper- oder Sinnesbehinderungen jedoch auf Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung um, so zeigt sich, dass diese Menschen mehr als eine rein praktische Assistenz benötigen, um eine Erhöhung ihrer Lebensqualität zu erfahren. So führt etwa Theunissen acht Teilbereiche von Assistenz an, die es für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung zu leisten gelte:

- Dialogische Assistenz: Erfüllung der menschlichen Grundbedürfnisse nach Kommunikation, Anerkennung, Geborgenheit und Mitmenschlichkeit
- Lebenspraktische Assistenz: praktische Unterstützungsleistungen im Alltag, wie sie auch in der Assistenz von Menschen mit einer Körper- oder Sinnesbehinderung verrichtet werden.
- Advokatorische (stellvertretende Assistenz): Übernahme einer Fürsprecher- und Dolmetscherfunktion
- Sozialintegrierende Assistenz: Vermittlung sozialer Regeln und Normen, Unterstützung beim Erlernen sozialer und kommunikativer Kompetenzen, Hilfe zur gesellschaftlichen Teilhabe
- Konsultative Assistenz: Gemeinsame Beratung mit dem Betroffenen bezüglich seiner Lebensfragen und -ziele
- Facilitatorische Assistenz: Initiierung von Lern- und Entwicklungsprozessen durch Anbieten von stimulierenden (Lern-)Situationen und lebensbedeutsamen Angeboten
- Lernzielorientierte Assistenz: Anbieten von strukturierten Lernhilfen bzw. Unterstützung beim Erlernen konkreter Handlungen und Fertigkeiten
- Intervenierende Assistenz: Unterbinden von selbst- oder fremdgefährdenden Handlungen in möglichst „vermittelnder“ Form, die sich stets am

Autonomiebedürfnis des Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung orientieren sollte (Theunissen 2007a, S. 72f).

Hierbei kommt bereits zum Ausdruck, dass Persönliche Assistenz für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung mehr als eine bloße Dienstleistung im klassischen Sinn sein muss. Bevor es hierbei etwa um die Unterstützung bei der Realisierung von Lebenszielen gehen kann, muss häufig erst die gemeinsame Erarbeitung dieser Ziele vorangestellt werden, da sich Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die lange Zeit in institutionalisierten Kontexten lebten, oft in einem Zustand der „erlernten Bedürfnislosigkeit“ befinden, die sich in mangelnder Kommunikationsbereitschaft, geringer Aktivität, mangelnder Eigeninitiative und Bejahungstendenzen ausdrücken kann (Theunissen 2007a, S. 69).

Hinzu kommt, dass bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung die Kommunikation oft erschwert ist, was eine sehr basale Form der Assistenz nötig macht. Hier geht es zunächst oft um:

- „Überhaupt um die Wahrnehmung von verbal und nonverbal geäußerten Bedürfnissen,
- Um die Interpretation jeglicher Äußerungsformen bis hin zu Mimik, Gestik, Augenbewegung, Lauten, usw.,
- Um eine gemeinsame Realisierung von so verstandenen Wünschen und Interessen“ (Bradl 1996a, S. 195).

Auf der Basis dieser, vom Betroffenen selbst geäußerten, mit ihm gemeinsam erarbeiteten, oder – bei schweren Beeinträchtigungen – auch für ihn erschlossenen Wünschen gilt es, die weiteren Schritte der Unterstützung zu planen (Theunissen 2007a, S. 75). Hierzu ist es sinnvoll, gemeinsam eine Unterstützungsvereinbarung auszuhandeln, in der sowohl Rechte und Pflichten des Assistenznehmers, als auch des Assistenten festgehalten werden. „Dabei sind Optionen selbstbestimmten Handelns der Betroffenen, bei Bedarf Unterstützung im Sinne von Assistenz (Ausführung im Auftrag des Betroffenen), die Möglichkeit der Ablehnung von Angeboten und des Verhandelns über Unterstützungsleistungen ebenso eingeschlossen wie die Vereinbarung von Interventionen mit einschränkenden Wirkungen, von stellvertretendem Handeln



und dem Recht, Maßnahmen zum Schutz der Betroffenen zu erwirken“ (Loeken/Windisch 2005, S. 148f).

Ziel assistierender Hilfen ist immer das „Mehr an Selbstbestimmung“ für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten in allen Lebensbereichen, soweit sie seiner individuellen Verantwortlichkeit angemessen sind (Seifert 2000, S. 156).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Assistenzleistungen für Menschen mit Körper- oder Sinnesbehinderungen und Persönlicher Assistenz findet sich auch in der Auswahl des Unterstützers. Menschen mit Körper- oder Sinnesbehinderungen präferieren oft Laien, worin ebenfalls wieder eine deutliche Abkehr zu früheren Betreuungssituationen zu sehen ist. Da es sich aber bei Persönlicher Assistenz für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung um wesentlich mehr als um bloße „Handreichungen“ handelt, wird es hier vonnöten sein, professionelle Assistenten als Unterstützer heranzuziehen (Boban/Schumann 2005, S. 135f).

An das Konzept der Persönlichen Assistenz sind hohe Erwartungen geknüpft, die mit vielen Veränderungen einhergehen müssten, so etwa mit:

- „Änderungen in so genannten Betreuungskonzepten;
- Änderungen in den Profilen der Einrichtungen der so genannten Behindertenhilfe;
- Änderungen in den Arbeitszeiten der Menschen, die professionell assistieren;
- Änderungen in ihrer Ausbildung
- Und schließlich Änderungen im Leben des Personenkreises, um den es hier geht“ (Weber 2003, S. 5).

Diese Veränderungen scheinen unaufhaltsam zu sein, da sich das herkömmliche Wesen der Behindertenhilfe in immer größer werdender Kritik befindet. So meint etwa Wilken, dass Menschen, die daran interessiert sind, Personen mit intellektueller Beeinträchtigung Hilfen zur Selbsthilfe eröffnen zu wollen, die an der Subjekthaftigkeit dieser Menschen orientiert sind, ihre Unterstützungsleistungen nicht länger auf der Basis eines beruflichen Selbstverständnisses als „Betreuer“ ausüben können (Wilken 1996, S. 47). Auch sprachwissenschaftlich betrachtet deutet einiges darauf hin, zukünftig besser Abstand von der Bezeichnung

„Betreuer“ zu nehmen. So deute bereits die Vorsilbe „be-“, eine Unterwerfung an, sie mache aus Menschen Objekte, die zumindest zeitweilig des eigenen Willens beraubt werden sollen und schaffe ein ungleiches Verhältnis zwischen zwei Menschen. „Man betreut jemanden und damit basta. Dieses Verhältnis ist ein totales. Die Betreuung ist diejenige Art von Terror, für die der Jemand – der Betreute – Dank schuldet“ (Sternberger/Storz/Süskind 1968, S. 32).

Das Berufsethos des Assistenten jedoch sollte sich gänzlich anders gestalten. Er solle sich als Dolmetscher verstehen, der seine Kompetenz in den Dienst mit verschiedenen Sprachen kommunizierender Menschen stellt, sich dabei richtungsgebender Einflussnahme enthält, somit also keine Eigenziele verfolgt, sondern sich als ausführendes Organ sieht (Niehoff-Dittmann 1996, S. 58f), was für viele Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wohl gänzlich neu wäre, da sie Betreuer und Therapeuten oft in der Art erlebt hätten, dass diese ihnen vorschrieben, wie sie sich zu verhalten hätten und in welcher Weise sie agieren dürfen, um als „normal“ zu gelten (Niehoff 2005c, S. 177).

Persönliche Assistenz hingegen ermöglicht es den Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, der Zuschreibung als passiver Hilfeempfänger zu entfliehen und aktiv darauf Einfluss zu nehmen, Wo, Wie, Wann und von Wem Hilfe geleistet wird (BIZEPS 2007, S. 6 u. 9). Erfahrungen aus Schweden haben gezeigt, dass diese veränderte Form der Unterstützungsleistung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu einer Zunahme der Lebenszufriedenheit und zu einer Förderung der Selbstständigkeit führt (Dalferth 1999, S. 108).

Auch Gaedt sieht hohes Potential in dieser neuen Form der Unterstützungsleistung: „Es kann gar kein Zweifel daran bestehen, daß mit dem Konzept der persönlichen Assistenz ein wesentlich höherer Grad an Individualisierung der Hilfen erreicht wird. Die Dienste können den Interessen der Betroffenen angeglichen werden und müssen sich nicht nach den Sachzwängen von Organisationen oder Institutionen richten. Die positiven Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung der Betroffenen können gar nicht hoch genug eingeschätzt werden“ (Gaedt 1996, S. 90). Dass Persönliche Assistenz jedoch generell auch in Institutionen verwirklicht werden könnte, beschreibt Jerg. „Grundsätzlich könnten professionelle oder institutionelle Angebote die Voraussetzungen für Angebote einer selbstbestimmten Assistenz erfüllen [...]“.

Deshalb gibt es theoretisch keine Grenzen des Assistenzkonzepts an den Institutionstüren“ (Jerg 2005, S. 140).

Unumstritten und eindeutig positiv konnotiert ist dieses Konzept jedoch ebenfalls nicht. Sack mahnt zur Wachsamkeit, damit in Anbetracht der derzeitigen Finanzkrise „nicht das Darwinsche Prinzip eines ‚Survival of the Fittest‘ zum Tragen kommt und Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf dabei auf der Strecke bleiben“ (Sack 2005b, S. 174).

Das Problem des herrschenden Machtgefälles zwischen Adressaten und Ausführenden der Hilfeleistung, das – wenn auch in geringerem Maße als in herkömmlichen Betreuungsmodellen – auch in Unterstützungsleistungen, die sich am Konzept der Persönlichen Assistenz orientieren, wiederzufinden ist, wird von diversen Autoren angeführt, so etwa auch von Weber (2003, S. 19). Ebenso gibt Theunissen an, dass dem Assistenz-Modell häufig eine „Verschleierung von Macht“ nachgesagt werden würde und sieht selbst auch die Gefahr, dass Unterstützer nur allzu leicht in Machtfallen hineintappen könnten (2009, S. 414).

Boban und Schumann sehen generell die Gefahr, dass die Forderung nach neuen Denk- und Handlungsweisen in der Sonder- und Heilpädagogik im Sinne der Persönlichen Assistenz diese in der Realität nicht wirklich nach sich ziehen könnten, sondern es zu einem reinen Akt der Umetikettierung kommen könnte.

„In allen Kontexten, in denen es *um mehr* als das Ausführen von Hilfstätigkeiten entsprechend dem Willen des Assistenznehmers geht, stellt sich die Frage, ob der Begriff Assistenz sinnvoll verwendet werden kann oder ob die Gefahr besteht, alte hierarchische Betreuungsmuster unter neuem Begriff weiterzuführen und ihn damit bereits zu inflationieren und zu pervertieren“ (Boban/Schumann 2005, S. 137, Herv.d.Verf.).

## 5. Sprache

Einer Forschungsarbeit, die sich vorrangig mit Begrifflichkeiten und deren potentiellen Auswirkungen beschäftigt, muss zunächst die Frage vorangestellt werden, ob Sprache generell mächtig genug ist, um Veränderungen in den Denk- und Handlungsweisen von Menschen nach sich zu ziehen. Wenn Sprache dies nicht leisten kann, wäre ein derartiges Forschungsvorhaben von Beginn an als nichtig zu erklären.

Bereits im 2. Jahrhundert vor Christus stellte der Dichter Plautus fest: „Nomen atque omen“ (O.J., Zeile 625), was zu übersetzen wäre mit „Der Name hat eine (Vor-)bedeutung.“

Auch heutige Sprachwissenschaftler wissen um die Macht der Sprache, die bereits bei der Auswahl der richtigen Worte beginnt. „Und jedes Wort, das er (der Mensch, Anm.d.Verf.) redet, wandelt die Welt, worin er sich bewegt, wandelt ihn selbst und seinen Ort in dieser Welt. Darum ist nichts gleichgültig an der Sprache, und nichts so wesentlich wie die *facon de parler*“ (Sternberger/Storz/Süskind 1968, S. 7).

Bezeichnungen für Gegenstände, Sachverhalte und Personen(-gruppen) sind nicht naturgegeben, sondern durch Übereinkommen der Mitglieder einer Gesellschaft entstanden (Brezinka 1990, S. 25) und haben weit mehr als eine bloße Darstellungsfunktion. Begriffe sind auch damit verbunden, wie wir auf bestimmte Dinge oder Personen reagieren. Sie bestimmen unsere Auffassung davon (Segerstädt 1947, S. 57f).

„Neben der ‚Darstellungsfunktion‘ erfüllt Sprache eine ganze Reihe anderer sozialer Aufgaben, unter anderem ist sie ein Mittel, um Einstellungen kundzutun und sich sozial zu positionieren. Das kann Sprache deshalb tun, weil sprachliche Zeichen nicht nur ein Denotat (das Potenzial, bestimmte Gegenstände und Sachverhalte zu benennen) haben, sondern auch Träger sozialsymbolischer Werte sind. Das ist keine sekundäre Funktion von Sprache, sondern eine primäre, die in vielen Fällen wichtiger ist als die Darstellungsfunktion“ (Spitzmüller 2008, S. 77f).

Neben der Darstellungsfunktion und der Funktion, Auskunft über sozialsymbolische Werte geben zu können, erfüllt Sprache auch noch eine dritte

Funktion, nämlich die, Handlungen auslösen zu können. „Dieses Vermögen, eine Handlung auszulösen, setzt aber voraus, daß das Wort einen Sinn hat, das heißt, daß es nicht nur eine Handlung, sondern eine bestimmte Handlung auslöst“ (Segerstedt 1947, S. 86f).

Zweifelsohne ist es also von enormer Relevanz, WIE man Dinge oder Personen benennt. Auch Jaspers stellt fest: „Es ist keineswegs gleichgültig, wie man die Sachen nennt, mit denen man sich beschäftigt. Der Name schon bringt eine Auffassungstendenz mit sich, kann glücklich treffen oder in die Irre führen. Er legt sich wie Schleier oder Fessel um die Dinge“ (1990, S. 56).

Es ist jedoch nicht so, dass unser Denken rein von der Sprache geprägt wird. Sprache, Denken und Wahrnehmung der Realität beeinflussen sich gegenseitig zirkulär. „Die Wirklichkeit kann das Denken und die Sprache prägen, das Denken kann die Sprache und die Wirklichkeit prägen, schließlich kann auch die Sprache die Wirklichkeit und das Denken prägen“ (Schiewe 1998, S. 219).

Bedingt durch diese wechselseitige Beeinflussung sind Wortbedeutungen auch keine starren Gebilde, sie entwickeln und verändern sich (Vygotskij 2002, S. 390).

„Und Worte haben als solche keinen endgültigen und keinen allein richtigen Sinn, sondern sie haben ihn erst durch ihren Gebrauch“ (Jaspers 1990, S. 65).

Dieser Vorgang der Veränderungen von Wortbedeutungen ist auch in den Wissenschaften zu beobachten.

„Die revolutionären Veränderungen in der Welt der Naturwissenschaft [...] sowie der Wissenschaften vom Menschen sind nicht so sehr neuen Tatsachen zu verdanken, als vor allem neuen Weisen des Auffassens von Tatsachen. [...] Ich sagte: neue Weisen des AUFFASSENS von und des DENKENS über Tatsachen. Noch treffender könnte man sagen: neue Weisen des REDENS über Tatsachen. Es ist der GEBRAUCH DER SPRACHE MIT BEZUG AUF GEGEBENE PHÄNOMENE, der für den wissenschaftlichen Fortschritt eine zentrale Rolle spielt“ (Whorf 2003, S. 19; Herv.i.O).

Veränderungen finden also nicht nur in der Art und Weise statt, dass sich die Bedeutungen bestehender Begriffe verändern, sondern oft auch durch das Einführen neuer Begriffe in eine Wissenschaft. Dies hat oft damit zu tun, dass Begriffe bei längerer Verwendung einem „Abnutzungs- und Verschleißprozess“ unterliegen und damit für eine Wissenschaft nicht mehr den Beitrag leisten können, der von Grund- und Leitbegriffen erwartet wird (Gröschke 2000, S. 104).

Die Einführung von neuen Begriffen in eine Wissenschaft wird oft dadurch unabdingbar, dass die vorher verwendeten Begriffe im Laufe ihrer Verwendung eine zusehends negative Färbung erhalten haben. „Das Absterben und Abwerten von Wörtern kommt in der Sprachgeschichte ständig vor, das Aufwerten ist sehr viel seltener, vor allem das Aufwerten von Bezeichnungen für Menschen“ (Hoberg 2008, S. 137).

Dieser Prozess des Abwertens und schließlichem Aussterbens bestimmter Begriffe auf Grund ihrer negativen Färbungen kann auch in der Sonder- und Heilpädagogik beobachtet werden. „Die Geschichte der Behindertenpädagogik ist zugleich die Geschichte ihrer Namengebungen mit dem geradezu verzweiferten Versuch, dem negativen Beiklang von Bezeichnungen wie ‚behindert‘, ‚anormal‘, ‚abnorm‘, ‚schwachsinnig‘, ‚verkrüppelt‘ und dergleichen zu entgehen“ (Antor/Bleidick 1995, S. 157). Ebenso stellt Gröschke fest: „Wenn man einen Namen sucht, könnte man vom ‚Gesetz der zunehmenden historischen Negativierung‘ der heilpädagogischen Semantik sprechen“ (2000, S. 114). Dadurch bedingt sieht Gröschke „kritische Begriffsrevision und die Proliferation angemessener Begriffe“ als „Daueraufgabe in der Heilpädagogik“ an (a.a.O., 113f). Er liefert auch die Begründung dafür, warum besonders innerhalb der Sonder- und Heilpädagogik Begriffsrevisionen bereits wieder nach kurzer Zeit vorgenommen werden müssen. „Die nahezu unausweichliche konnotative Entwertung diagnostischer Grundbegriffe in der Heilpädagogik [...] und damit auch die Stigmatisierung und Etikettierung der Betroffenen sind sicherlich Ausdruck und Folge tiefsitzender sozial-strukturell verwurzelter Vorurteile gegenüber randständigen und abweichenden Personengruppen. Diese Vorurteile entwerten auch wesentlich neutrale Fachbegriffe und transformieren sie in revisionsbedürftige sprachliche Diskriminierungen“ (Gröschke 2000, S. 114).

Um diesen Diskriminierungen zu entgehen, fordert Thimm ein „Hygieneprogramm für das Sprechen“, eine „Normalisierung der Sprache“, um dadurch positive Veränderungen in Bezug auf die Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderungen zu erreichen (1994, S. 54). Er führt jedoch auch an, dass sich diesbezüglich bereits viel getan hat.

„In der behindertenpädagogischen Praxis ist viel Aufräumarbeit geleistet worden, um abweichende Redewendungen, Einrichtungsbezeichnungen, Kennzeichnungen von Personen durch die in unserer Kultur allgemein üblichen zu

ersetzen. Wir sprechen von Beschäftigten (Auszubildenden) einer Werkstatt für Behinderte, von Bewohnerinnen und Bewohnern einer Wohneinrichtung, [...]“ (Thimm 1994, S. 55).

Die Not- und Zweckmäßigkeit neuer Begriffe und Bezeichnungen in der Sonder- und Heilpädagogik wird jedoch nicht uneingeschränkt anerkannt. Barsch und Bendokat sind etwa der Meinung, dass die Möglichkeiten der Einflussnahme auf das Denken und die Emotionen der Menschen durch die Einführung neuer Begriffe in der Heilpädagogik völlig überschätzt werden. Sie sind der Ansicht, dass die Debatte über potentielle neue Begriffe von Heilpädagogen nicht mehr rational, sondern beinahe hysterisch geführt würden und es oft zu euphemistischen oder verschleiern den Begriffsvorschlägen käme (2002, S. 455). Sie stellen die Frage nach der Sinnhaftigkeit neuer Begriffe. „Zeichnet sich die volle Akzeptanz von und der volle Respekt für einen Menschen dadurch aus, dass man dessen vorhandenen Lebenserschwerisse entweder schön redet oder gar nicht erwähnt“ (Barsch/Bendokat 2002, S. 453)?

Auch Straßmeier stellt die Forderung, sich vermehrt mit der realen Lebenswelt der Betroffenen, als mit deren Bezeichnung zu beschäftigen. „Die Personen werden nicht dadurch aufgewertet, der Umgang mit ihnen nicht dadurch verändert, dass man die Etikettierung austauscht. Es geht darum, die für sie am wenigsten beeinträchtigende Umgebung zu finden, in der ihre Entwicklungschancen und die Verbesserung ihrer Lebensqualität am besten realisiert werden können“ (Straßmeier 2000, S. 60). Auch er wirft den Vertretern der Heilpädagogik „Euphemismus“ vor (ebd.).

Bleidick scheint bezüglich der Hoffnung, neue Begriffe würden für die Betroffenen positive Veränderungen herbeiführen, ebenso zwigespalten zu sein, wenn er schreibt: „Es bleibt jedoch fraglich, ob die Wechselwirkung so aussichtsreich ist, daß über euphemisierende Begriffe eine Kehrtwende in den tatsächlichen Verhältnissen erreichbar wäre. Darum dreht bisweilen ernüchterte Einsicht die schon herbeigeführten terminologischen Entwicklungen wieder um, wenn sie statt Verbesserungen nur Enttäuschungen gebracht haben“ (1999, S. 74).

Krausser hingegen führt an, dass entscheidende Fortschritte häufig nur durch eine Veränderung der Sprache, also „gegen“ die Sprache, möglich waren (Krausser 2003, S. 141f).

Whorf formuliert das Potential neuer Begrifflichkeiten noch plakativer. „Ein Wechsel in der Sprache kann unsere Auffassung des Kosmos umformen“ (2003, S. 66).

Auch Bourdieu vertritt die Ansicht, dass sich durch neue Begriffe die Sicht der sozialen Welt verändern kann (1997, S. 84) und Frühauf fordert speziell für die Heilpädagogik wohldurchdachte Bezeichnungen für die Betroffenen, um so für diese etwa mehr Selbstbestimmung zu ermöglichen (1994, S. 58).

Whorf ist der Ansicht, dass zukünftig die Überprüfung des sprachlichen Hintergrundes ihrer Denkweisen eine der wichtigsten Aufgaben der Wissenschaften wäre (2003, S. 47), denn – so gibt Plesu zu bedenken - „wenn Sprache und Sprechen eine solche Macht haben, dann haben jene, die sie benützen, eine enorme Verantwortung“ (2008, S. 12).



## **6. Wohnen**

### **6.1 Funktionen des Wohnens**

Wohnen bedeutet mehr, als ein Dach über den Kopf und einen Platz zum Schlafen zu haben. Die Beschaffenheit unserer Wohnstätte hat maßgeblichen Einfluss auf unsere Lebensqualität (Beck 2006, S. 387).

Wir messen die Qualität unserer Wohnstätten daran, wie sehr sich in ihnen die Grundbedürfnisse nach Schutz, Geborgenheit, Aktivität und Ruhe, Intimität, Interaktion und Kommunikation, sozialer Zugehörigkeit, Selbstbestimmung und Persönlichkeitsentfaltung verwirklichen lassen (Mühl 2000, S. 160; Beck 2006, S. 387). „Wie kaum ein anderer Lebensbereich bietet das Wohnen Möglichkeiten der freien Entscheidung und der selbstbestimmten sozialen, kreativen, zeitlichen Gestaltung und Nutzung“ (Beck 2006, S. 387). Zudem kann der eigene Wohnraum als Rahmen der Selbstdarstellung gesehen werden. Über die Art, wie man seine Wohnung einrichtet, mit welchen Gegenständen man sich umgibt, vermittelt der Umgebung einen Eindruck davon, wie man gerne gesehen und eingeschätzt werden würde und worauf man in seinem Leben Wert legt (Thesing 1990, S. 38).

Speck bezeichnet den Wohnraum als „Ort zum Leben“, als „ruhenden und ordnenden Eigenbereich“, an dem man wieder zu sich selbst finden kann, an dem man anderen nicht hilflos ausgeliefert ist und an dem das Ausagieren von Selbstbestimmung nicht vor anderen verteidigt oder rechtfertigt werden müsse (1998, S. 22).

All diesen Anforderungen haben auch Wohnformen für Menschen mit Behinderungen gerecht zu werden, denn „es darf [...] als bereits erwiesen gelten, daß keine wesentlichen Unterschiede gegenüber den Wohnbedürfnissen nichtbehinderter Menschen vorliegen“ (Österreichisches Komitee für Sozialarbeit 1987, S. 18). Auch Speck konstatiert, dass für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung dieselben Kriterien und Befindlichkeiten bezüglich Wohnqualität und Ortsidentität Geltung haben (Speck 1998, S. 30).

## 6.2 Wohnformen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Unter den aktuell existierenden Wohnformen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung können vor allem folgende Typen unterschieden werden:

- Anstalt
- Großheim
- Dorfgemeinschaft oder Siedlung
- Wohnheim (Kleinwohnheim), gruppengegliedertes Wohnheim
- Gruppenwohnung, Gruppenwohnhaus, Wohngemeinschaft
- Eigene Einzel- oder Paarwohnung
- Elternhaus bzw. Familienwohnung
- Selten: Eltern-Kind-Wohnungen
- Selten: Wohngemeinschaften mit geistig behinderten und nichtbehinderten Bewohnern (Österreichisches Komitee für Sozialarbeit 1987, S. 9; Seifert 2000, S. 168; Mühl 2003, S. 255).

Anstalten und Großheime stehen heute häufig im Kreuzfeuer der Kritik. Im Sinne der Forderung nach Enthospitalisierung – ein Begriff, der zunächst für die Ausgliederung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung stand, alsbald aber eine Ausweitung des Bedeutungsumfanges erfuhr – sollen diese zusehends zugunsten gemeinwesenintegrierter Wohnformen und Hilfssystemen aufgelöst werden (Hoffmann 1999, S. 20).

Seifert fasst zusammen, welche Kritikpunkte heute an Anstalten und Großheime herangetragen werden:

- „Keine Wahl der Mitbewohner in der Gruppe
- Keine Wahl der Gruppenbetreuer als Bezugspersonen
- Keine Wahl der eigenen Möbel
- Zentralversorgung statt gruppenbezogener Selbstversorgung
- Organisation des Wohnalltags nach Dienstplänen
- Keine selbstverständliche Teilnahme am allgemeinen Leben
- Unzureichende Mitsprachemöglichkeiten in der Institution“ (2000, S. 181).

Auch Thimm schildert überwiegend negative Erfahrungen bezüglich des Wohnalltags von Menschen mit Behinderungen in Anstalten, so etwa, dass auch Erwachsene sich an verordnete Zubettgehzeiten halten müssen, insgesamt gegen das Prinzip der Altersangemessenheit häufig verstoßen werde und die Geschlechtlichkeit der Bewohner negiert werde (1979, S. 23). Auch wenn Thimms Erfahrungen bereits mehr als 30 Jahre alt sind, sind sie meiner Meinung nach erwähnenswert, da durchaus nicht ausgeschlossen werden kann, dass zumindest Teile der damals kritisierten Punkte sich auch heute noch in der Realität der Anstalten finden lassen.

Obwohl Anstalten und Großheime bereits seit vielen Jahren kritisiert werden, mangelt es oft noch an Alternativen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Fakt ist: „Der überwiegende Teil der außerhalb der Familie lebenden Menschen mit geistiger Behinderung wird nach wie vor in großen Behindertenheimen (Anstalten) mit integrierten Arbeits-/Beschäftigungs- und Freizeitangeboten sowie medizinischen, therapeutischen und sozialpädagogischen Fachdiensten betreut“ (Seifert 2000, S. 166).

In Deutschland leben ca. 70% aller Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die institutionell betreut werden, in Einrichtungen mit 40 oder mehr Plätzen (Theunissen 2006, S. 63). Für Österreich gibt es keine veröffentlichten Daten, wie viele Personen in den unterschiedlichen Angeboten der Behindertenhilfe untergebracht sind (Flieger 2011, S. 4). Fakt ist jedoch, dass es auch hierzulande noch große Einrichtungen gibt, so wie etwa „das Pflegezentrum in Kainbach in der Steiermark mit ca. 600 behinderten und alten Menschen, das Institut Hartheim in Oberösterreich mit ca. 250, das Institut St. Josef in Tirol mit ca. 160 Erwachsenen und Kindern oder das Clara-Fey-Kinderheim in Wien mit knapp 90 behinderten Kindern und Jugendlichen“ (ebd.).

In den letzten Jahren zeichnete sich zusehends der Trend ab, dass Menschen mit geringeren Beeinträchtigungen der Umzug in gemeindeintegrierte Wohnformen ermöglicht wurde und Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen in den Anstalten zurückblieben. Großeinrichtungen entwickeln sich dadurch immer mehr zu „Schwerbehindertenzentren“ (Seifert 2000, S. 167).

Die sogenannten Dorfgemeinschaften können ebenfalls als Großeinrichtungen betrachtet werden. Sie vereinen Wohn-, Arbeits- und Freizeitangebote an einem Ort (ebd.) und bilden damit „Sonderwelten“ oder „Sondergesellschaften“ (Thesing

1990, S. 65). Sie versuchen nicht, die Bewohner in die übrige Gesellschaft zu integrieren, sondern bilden gleichsam eine eigenen Gesellschaft, einen Schonraum, eine Oase (ebd.). Den Hintergrund bilden christliche bzw. anthroposophische Weltanschauungen. „Die Lebenssituation ist für die Dorfbewohner überschaubar, aber wegen ihrer Abgeschlossenheit von der normalen Gesellschaft eher gleichförmig“ (Seifert 2000, S. 167).

Unter gruppengegliederten Wohnheimen versteht man kleinere Wohnheime, in denen im Schnitt etwa 3 – 4 Gruppen zu maximal 12 Personen untergebracht sind (Österreichisches Komitee für Sozialarbeit 1987, S. 10). Theunissen empfiehlt jedoch eine maximale Gruppengröße von sechs Personen, da Untersuchungen ergeben hätten, dass bei einer höheren Anzahl von Bewohnern die Selbstbestimmungsmöglichkeiten des Einzelnen stark eingeschränkt werden (2006, S. 64).

Wohngemeinschaften sind organisatorisch selbstständige Gruppen, in denen meist 3 – 6 Bewohner betreut werden. Das Betreuungspersonal ist überwiegend nur nachmittags und in den frühen Abendstunden vor Ort. Diese Wohnform zeichnet sich durch ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung für die Bewohner aus (Seifert 2000, S. 171).

Einzel- oder Paarwohnungen werden aktuell von jenen Personen mit intellektueller Beeinträchtigung bewohnt, die nur einen geringen Unterstützungsbedarf von wenigen Stunden pro Woche haben.

Die Entscheidung darüber, welche Wohnform für den Einzelnen die richtige ist, nach dem Grad der Selbstständigkeit zu fällen, sieht Niehoff kritisch. „Stationäre und teilstationäre Wohnkonzepte sind häufig durch rehabilitatives Denken geprägt. Neue Bewohner(innen) werden in der Wohnstätte aufgenommen und können – bei Vorhandensein dieser Wohnalternativen – nach Verselbstständigung in die Außenwohngruppe ziehen. Wenn sie sich dort nach einer gewissen Zeit weitere Kompetenzen aneignen und in einem Setting mit weniger intensiver Hilfestellung ihren Alltag organisieren konnten, können sie ggf. in das ‚Ambulant unterstützte Wohnen‘ wechseln. In einer Wohnform zu leben, die von den Strukturen her ein Mehr an Selbstbestimmung erwarten lässt, wird an persönliche Kompetenzen gebunden“ (Niehoff 2005a, S. 210).

Die überwiegende Zahl an Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung lebt nach wie vor in ihrer Herkunftsfamilie. In Deutschland etwa betrifft dies 60% aller

Erwachsenen mit intellektueller Beeinträchtigung (Theunissen 2006, S. 63). Der Verbleib in der Herkunftsfamilie kann zwar bis zu einem gewissen Grad als gemeinwesenintegriert betrachtet werden und ist wohl der Unterbringung in einer Großanstalt vorzuziehen, bringt jedoch auch wesentliche Nachteile mit sich. Zum einen findet sich ein Widerspruch zum Normalisierungsprinzip, da es in unserer Kultur „normal“ ist, im frühen Erwachsenenalter das Elternhaus zu verlassen. Zum anderen haben Untersuchungen gezeigt, dass Eltern von Kindern mit intellektueller Beeinträchtigung zu Überbeschützung und Infantilisierung neigen, was sich auf die Entwicklungschancen der Betroffenen negativ auswirkt (Österreichisches Komitee für Sozialarbeit 1987, S. 18f).

Betrachtet man die derzeitige Landschaft der Hilfen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, so kann man jedoch von keiner Wohnform pauschal sagen, dass sie „bereits optimale Voraussetzungen für die Entwicklung von Lebenschancen [...] bieten; Lebenschancen, die soziale Einbindungen und individuelle Handlungsspielräume in idealer Weise verbinden“ (Thimm 1997, S. 231). Auch könne keine der erwähnten Wohnformen von vornherein als selbstbestimmungsfeindlich bezeichnet werden (a.a.O., S. 228). Jede der derzeit existierenden Wohnformen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung birgt – unter verschiedenen Blickwinkeln betrachtet – Vor- und Nachteile mit sich. So sieht Bradl etwa das Wohnen in einer Wohngruppe kritisch. Es entspräche in unserer Kultur nicht der Normalität, mit Menschen, mit denen wir in keinem Verwandtschaftsverhältnis stehen bzw. zu denen wir keine Liebesbeziehung pflegen, zusammenzuwohnen. Hinzu kommt, dass die Bewohner von Wohngruppen in den seltensten Fällen (mit-)entscheiden können, mit wem sie in der Gruppe zusammenwohnen. Dies bedeute ein hohes Maß an Fremdbestimmung (Bradl 1996a, S. 188). Eine ähnliche Sichtweise findet sich auch bei Weinwurm-Krause wieder: „Das Zusammenleben mit anderen Heimbewohnern kann daher auch manchmal eher den Charakter einer Zwangsgemeinschaft erhalten als den des freiwilligen Kontakts“ (1999, S. 27).

Dörner betrachtet institutionalisierte Wohnformen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung insgesamt kritisch, wenn er von „Massenhaltung von Menschen“ in Institutionen spricht (2003, S. 26).

### **6.3 Anforderungen an Wohnstätten für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung**

Zunächst soll nochmals daran erinnert werden, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung dieselben Bedürfnisse in Bezug auf Wohnen haben wie Menschen ohne Beeinträchtigung. Die Ausstattung, Möblierung und Raumgestaltung sollte sich also an üblichen Standards orientieren (Österreichisches Komitee für Sozialarbeit 1987, S. 10).

Angelehnt an die Forderungen, die im Zuge der Enthospitalisierung formuliert wurden, sollten moderne Wohnstätten für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung folgende Punkte erfüllen:

Formale Kriterien:

- „Räumliche, funktionale und organisatorische Integration
- Dezentralisierung
- Regionalisierung
- Schaffung gemeindeintegrierter, bedürfnisorientierter, häuslicher Wohneinheiten
- Selbstversorgungsprinzip
- Verwirklichung einer demokratisch-partnerschaftlichen Organisationsstruktur“ (Hoffmann 1999, S. 20f)

Inhaltliche Kriterien:

- „Achtung der einmaligen Persönlichkeit des behinderten Menschen
- Beachtung der Prinzipien der Normalisierung und der Lern- und Entwicklungsfähigkeiten jeder Person
- Mitspracherecht für jeden Betroffenen
- Assistierende Hilfen bei der Förderung von Kompetenzen, Selbstbestimmung, Selbständigkeit und des sozialen Images
- Anbieten von Auswahlmöglichkeiten innerhalb der verschiedenen Lebensbereiche (Phänomen der Freiwilligkeit)

- Aktive Bemühungen um Einbeziehung von Menschen mit geistiger Behinderung in das gesellschaftliche Leben der Gemeinde“ (Böhning 1998, S. 188).

Diese eher allgemein gehaltenen Forderungen sollen im Folgenden durch Beispiele, die den konkreten Alltag in Wohnstätten betreffen, illustriert werden.

So richtet sich etwa das Selbstversorgerprinzip gegen die Versorgung von Wohnstätten durch Großküchen und Großwäschereien. „Die zentrale Versorgung und Verwaltung sollte hinter der (relativ) autonomen Gestaltung und Regelung des alltäglichen Gruppenlebens soweit wie möglich zurücktreten. Diese Selbstständigkeit von Wohngruppen kann dadurch unterstützt werden, daß sie sich weitgehend selbst versorgen, daß sie den Einkauf und die Zubereitung von Mahlzeiten, das Wäschewaschen, die Anschaffung von Mobiliar in eigener Regie übernehmen“ (Theunissen 1996, S. 86). Die Selbstversorgung dient der Belebung des Alltags und fördert die Integration in die Gemeinde, der Grad der Selbstständigkeit und das Selbstwertgefühl steigen dadurch an (Mühl 2000, S. 163).

Die Forderung nach konsequenter Umsetzung des Normalisierungsprinzips hat im Alltag von Wohnstätten für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vielfältige Auswirkungen. So ist es etwa in unserer Kultur nach wie vor üblich, dass die Aufenthaltsorte für die Bereiche Wohnen, Beschäftigung/Arbeit und Freizeit nicht deckungsgleich sind, sodass dies auch für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gelten sollte (Mühl 2000, S. 163).

Ebenso im Bereich des Normalisierungsprinzips anzusiedeln ist die erwachsenengemäße Orientierung, die auch Theunissen als eine der zentralen Leitprinzipien in Bezug auf Wohnen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sieht (1996, S. 88). Zu diesem Thema gehört auch die Anrede des Erwachsenen mit intellektueller Beeinträchtigung mit „Sie“ und als „Herr“ oder „Frau“. Das vertrauliche „Du“ sollte nur dann verwendet werden, wenn es dem Bewohner ebenso gestattet ist, die Betreuungsperson mit „Du“ anzusprechen. Im Verkehr mit Dritten sollte auf jeden Fall von „Herr“ oder „Frau XY“ die Rede sein (Wallner 1974, S. 36).

Zum altersadäquaten Umgang mit Erwachsenen gehört es auch, deren Privatsphäre zu akzeptieren. Darunter fällt etwa, dass der Bewohner über ein

Einzelzimmer und den dazugehörigen Schlüssel verfügt, dass Mitbewohner und Personal anklopfen und auf die Einladung zum Eintritt warten, bevor sie das Zimmer betreten und dass der Mensch mit intellektueller Beeinträchtigung über das ihm zur Verfügung stehende Geld weitgehend frei verfügen kann (Thimm 1979, S. 24; Wallner 1974, S. 34f).

Weiters fällt in diesen Bereich die Ermöglichung der Rahmenbedingungen zur Verwirklichung einer befriedigenden Sexualität. Sexualität von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wird auch heute oftmals noch als Tabuthema begriffen, auch von Betreuungspersonen innerhalb der Behindertenhilfe. „Moralische Widerstände und Vorurteile wirken sich als soziale Barrieren aus und verursachen dadurch eine sekundäre soziale Behinderung, die wesentlich stärker das allgemeine Wohlbefinden tangiert, als es die primäre Behinderung tut“ (Hoyler-Herrmann 2000, S. 62). Die primäre Bedeutung der Ermöglichung von Sexualität ist hier oftmals nicht in der genital-sexuellen Betätigung zu sehen, als vielmehr in der Möglichkeit, eine Beziehung, die auf Zuneigung und Zärtlichkeit gründet, aufbauen zu können, wodurch sich der Mensch mit einer intellektuellen Beeinträchtigung seiner selbst und seiner Bedeutung für andere stärker bewusst werden kann. Dies fördert den Aufbau von Ich-Identität und das Hineinwachsen in die Geschlechtsrolle als Mann oder Frau (ebd.).

Der Forderung nach Normalisierung der Lebensbedingungen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung entspricht es auch, diesen tagesstrukturierende Maßnahmen in Form von Arbeits- und Beschäftigungsangeboten anzubieten. Dies entspricht nicht nur der Forderung des Normalisierungsprinzips nach mindestens einem Milieuwechsel am Tag, sondern fördert auch die Entwicklung von Kompetenzen (Hall 1999, S. 101).

Bezüglich des Mitspracherechts für jeden Betroffenen zeichnet Bradl ein eher schlechtes Bild. Er beklagt, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung relativ wenige bis keine Möglichkeit hätten, über den Ort und die Art des Wohnens, über ihre Mitbewohner oder über ihre Helfer mitzubestimmen. Meist entscheiden andere darüber, ob er allein, in einer Wohngemeinschaft oder in einem Heim leben und mit wem er dort zusammenwohnen soll. Zudem besteht meist nicht die Möglichkeit einer Einflussnahme auf die Zusammensetzung des Betreuerteams, ja nicht mal die Chance, eine konkrete Betreuungsperson abzulehnen (Bradl 1996b, S. 367). Die Umsetzung des Bezugsbetreuersystems,



wie es etwa Theunissen fordert, wäre hier als Schritt in die richtige Richtung zu sehen, vor allem dann, wenn es dem Bewohner ermöglicht wird, seinen Bezugsbetreuer frei zu wählen (Theunissen 1996, S. 86).

Ein Mitspracherecht sollte der Bewohner auch bei der Einrichtung der Räumlichkeiten erhalten, sowohl, wenn es um die Einrichtung seines eigenen Zimmers geht, als auch bei der Gestaltung der gemeinsam genutzten Räume innerhalb einer Wohngruppe (Wallner 1974, S. 34), denn „gerade auch aus den Tätigkeiten beim Gestalten nach eigenem Geschmack erwächst das Gefühl des Vertrautseins“ (Speck 1998, S. 25). Dies sollte jedem Bewohner auf dem ihm entsprechenden Tätigkeitsniveau ermöglicht werden, da es der Entwicklung zuträglich ist und das Wohlbefinden steigert (Bächthold 1990, S. 27).

Auf die Bedeutung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten wurde bereits in einem vorangehenden Kapitel hingewiesen. Die Umsetzung der Forderung nach mehr Selbstbestimmung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sieht Dörner jedoch kritisch, solange wir diese Personengruppe nicht in einem anderen Lichte sehen, als dies heute wohl bei der Mehrheit der Menschen der Fall ist.

„Solange unser Menschenbild noch vom Institutions-Paradigma geprägt ist, werden wir den Pflegebedürftigen und Behinderten in der Regel als höchstes Grundbedürfnis die Selbstbestimmung zusprechen, gerade weil dies dort ziemlich folgenlos ist, da Selbstbestimmung in der Institution weitgehend unmöglich ist“ (Dörner 2003, S. 27).

Die Frage, ob das derzeitige, institutionalisierte Wesen der Behindertenhilfe zum Scheitern verurteilt ist und Formen der „Offenen Hilfen“ der Weg der Zukunft sind, muss an dieser Stelle unbeantwortet bleiben.

#### **6.4 Die Bedeutung des Betreuungspersonals**

Selbstverständlich sind für das Wohlbefinden von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nicht nur Faktoren wie Ausstattung und Standort der Wohnstätte ausschlaggebend, sondern auch die Personen, von denen sie in einem gewissen Grade abhängig sind und mit denen sie einen beträchtlichen Teil ihrer Freizeit verbringen – ihre Betreuungspersonen.

Von großer Bedeutung ist hier zunächst die Zufriedenheit der Betreuer mit ihrer Arbeitssituation, denn „Lebensqualität der Bewohner und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter stehen in der Wohngruppe in Wechselbeziehung zueinander“ (Richardt 1998, S. 183). Zudem nehmen Faktoren wie der persönliche Stil der Betreuungsperson, ihr Arbeitsrythmus und ihre tagesaktuelle Befindlichkeit Einfluss auf das Wohlbefinden der Bewohner (a.a.O., S. 181).

Wie wichtig die Umsetzung der Forderung nach mehr Selbstbestimmung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder die Realisierung des Normalisierungsprinzips für die Erhöhung der Lebensqualität von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist, wurde bereits mehrfach erwähnt. Auch hierbei kommt es wesentlich auf das Personal einer Einrichtung an. „Aus günstigen Rahmenbedingungen folgt nicht zwangsläufig eine qualifizierte Pädagogik. So kommt es letztlich auf die Mitarbeiterschaft an, die die Reform mit Leben füllen muß“ (Theunissen 1996, S. 87). Hierzu ist es jedoch nötig, dass sich die Betreuungspersonen von alten Formen des Pflegens, Bewahrens und Beschützens abwenden und sich in Richtung der aktuellen Paradigmen der Sonder- und Heilpädagogik umorientieren. Unterstützt werden kann dieser Umdenkprozess durch diverse Fortbildungsmaßnahmen (Hartmann-Kreis 1996, S. 23f). Weiters regt Hartmann-Kreis an, neu eingestelltes Personal in institutionsinternen Einführungskursen in die in der jeweiligen Einrichtung geltenden Betreuungskonzepte einzuweisen, anstatt sie rein „on the job“ an ihrem neuen Arbeitsplatz einzuführen, wie dies meist üblich ist (a.a.O., S. 24).

Eine besondere Verantwortung kommt den Mitarbeitern einer Wohneinrichtung bei der Umsetzung der Forderung nach mehr Selbstbestimmung zu. Sie sind es, die diesen Prozess unterstützen können oder dazu beitragen, dass zu den „unabänderlichen Freiheitsbegrenzungen der Behinderung noch weitere, vermeidbare Freiheitsentzüge“ (Hahn 1981, S. 56) hinzukommen. „Entscheidende TrägerInnen dieses Reformkonzeptes sind die professionellen HelferInnen geistigbehinderter Menschen. Ihre Haltung begünstigt oder erschwert Entwicklungen behinderter Menschen hin zu vermehrter Autonomie“ (Osbahr 2000, S. 184). Die Aufgabe der Betreuungsperson bestünde hierbei in der Unterstützung des Betroffenen beim Erkennen, Äußern und Umsetzen seiner Anliegen und Bedürfnisse (a.a.O., S. 185). Dies erfordert jedoch einen radikalen Umdenkprozess, denn hier wird dem Personal (wie in vielen anderen Bereichen

des alltäglichen Lebens auch) eine große Vorbildfunktion zuteil. Selbstbestimmung bedeutet auch, zum Teil Dinge zu tun, die nicht mit gängigen Vorstellungen und Normen vereinbar sind. Mitarbeiter, die in der Hierarchie stets „nach oben“ schauen und sich stets klar an die Vorgaben der Einrichtung halten, werden diese Vorbildfunktion nicht oder nur zum Teil erfüllen können (Hähner 2005, S. 17).

Mitarbeiter einer Betreuungseinrichtung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sind jedoch nicht nur für das Umsetzen neuer Forderungen verantwortlich, sie stehen auch immer in Beziehung zu den Bewohnern. Die Qualität dieser Beziehung ist für die Bewohner von großer Bedeutung, denn „Geistigbehinderte Menschen sind bezüglich ihrer Entwicklung und ihres Wohlbefindens auf zwischenmenschliche Beziehungen [...] angewiesen, welche für sie einen subjektiven, positiven Erlebenswert darstellen“ (Bächthold 1990, S. 27). Dieses Beziehungsbedürfnis muss natürlich keineswegs durch eine Beziehung zu einer Betreuungsperson befriedigt werden. In der Realität zeigt sich jedoch immer wieder, dass dies auf Grund eines Mangels an anderen verfügbaren Bezugspersonen (notgedrungen) der Fall ist. Dies darf jedoch nicht unproblematisch gesehen werden. Zum einen entsteht die Beziehung des Betreuers zum Bewohner auf Grund eines Arbeitsverhältnisses und ist somit nicht von Freiwilligkeit geprägt (Weinwurm-Krause 1999, S. 27), zum anderen ist diese Form der Beziehung stets von einem Machtgefälle geprägt. „Freundliche und schon fast freundschaftliche Beziehungen können nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Betreuer der Handelnde ist und der behinderte Mensch der Behandelte“ (Hähner 2005, S. 17). Entstehen dadurch als belastend empfundene Beziehungen, zeigt sich erneut das Ungleichgewicht zwischen den Möglichkeiten des Personals und denen des Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Während es dem Mitarbeiter offen steht, den Arbeitsplatz zu wechseln, bleibt dem Bewohner hingegen oft nur die Flucht in die Verhaltensauffälligkeit (Weinwurm-Krause 1999, S. 28).

Dennoch muss hervorgehoben werden, dass Verhaltensweisen, Entwicklungen und das Wohlbefinden wesentlich von einer guten, vertrauensvollen Beziehung zwischen Bewohner und Betreuer abhängig sind (Bächthold 1990, S. 25; Reinhardt/Hahn 1998, S. 230), die zusätzlich durch Konstanz geprägt sein sollte, da ansonsten die Gefahr der Abnahme der Beziehungsfähigkeit und psychische Instabilität besteht (Thesing 1990, S. 32f).

So kann also zusammengefasst werden, dass der Variable „Betreuungspersonal“ in der Umsetzung von Qualitätsstandards insgesamt ein hoher Stellenwert eingeräumt werden muss (Richardt 1998, S. 177).

## **7. Begriffe für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in Formen des institutionalisierten Wohnens**

Begrifflichkeiten und Benennungen haben nicht nur dahingehend eine Wandlung vollzogen, dass aus „Idioten“ „Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ wurden, auch die Art, wie über diese Personengruppe im institutionellen Kontext gesprochen wird, erfuhr diverse Änderungen. „Im Laufe nur weniger Jahrzehnte wandelte sich der Mensch mit Behinderung vom Patienten zum Kunden: Er wurde zunächst als geduldig Leidender, als Kranker gesehen (der Patient), dann als Abhängiger, der keine Verantwortung für sich übernimmt (der Betreute); später wurde er zum Auftraggeber, der sich professionelle Hilfe für seine Probleme holt (der Klient), und schließlich zu jemanden, der Dienstleistungen auswählt und erwirbt (der Kunde)“ (Hähner 2005, S. 19).

All diese Begriffe sind mit dahinterliegenden Bedeutungen verbunden und finden zum Teil heute noch Anwendung in unterschiedlichen Institutionen der Behindertenhilfe.

### **7.1 Patient**

Der Begriff des Patienten ist abgeleitet vom lateinischen „patiens“, was mit (er)dulgend oder leidend übersetzt werden kann. Er bezeichnet seit dem 16. Jahrhundert Kranke, die in ärztlicher Behandlung befindlich sind (Duden 2001, S. 594).

Wurde dieser Begriff in Institutionen der Behindertenhilfe verwendet, orientierte er sich ebenfalls stark am medizinischen Modell. Der Mensch mit intellektueller Beeinträchtigung wurde als krank, schwach, hilfe- und behandlungsbedürftig gesehen. Ärzte und Pfleger betrachteten sich als allwissende Experten, den Betroffenen wurde keinerlei Macht zugesprochen (Theunissen 2007a, S. 59). Vorrang hatten pflegerische Tätigkeiten, es galt das „Satt-und-sauber“-Prinzip (Hinz 2004, S. 66f).

Eigenen Recherchen zufolge dürfte dieser Begriff heute in österreichischen Wohneinrichtungen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nicht mehr zur Anwendung kommen.

## **7.2 Klient**

Der Terminus des Klienten ist ebenfalls aus dem Lateinischen entlehnt, wobei „cliens“ wörtlich übersetzt „der Hörige“ bedeutet. Seit dem 16. Jahrhundert wurde „Klient“ speziell für Personen verwendet, die sich an einen Patron anschlossen, um dort Schutz zu erhalten. Später wurde der Begriffsinhalt ausgeweitet auf Kunden von Rechtsanwälten, Steuerberatern und ähnlichen Berufen (Duden 2001, S. 413).

Einzug in das Wesen der Behindertenhilfe hielt der Terminus im Zuge der Deinstitutionalisierung, als aus dem in einer Anstalt lebenden „Patienten“ ein in Wohngruppen wohnender „Klient“ wurde. Hier sollte diese Personengruppe nicht nur mit dem Notwendigsten versorgt, sondern auch gefördert werden (Hinz 2004, S. 66f).

Menschen mit Behinderungen werden hier nach wie vor als „Hilfsbedürftige“ oder „Schutzbefohlene“ gesehen, die Expertenmacht liegt nach wie vor nicht bei den Betroffenen selbst, wenngleich sich die Position der Betroffenen im Vergleich zum Arzt-Patienten-Verhältnis allmählich zu ihren Gunsten veränderte. Den Problemen und persönlichen Schwierigkeiten der Klienten wird nun Gehör geschenkt, die Betreuer versuchen, professionelle Problemlösungen anzubieten, „die jedoch oft weniger auf die Potentiale der KlientInnen eingehen, sondern die Möglichkeiten der jeweiligen Institution und des sozialpolitischen Kontextes auszuschöpfen versuchen“ (Stark 1996, S. 26).

Ein anderes Verständnis des Begriffs „Klient“ finden wir bei Bradl wieder. Er verwendet diesen Begriff synonym mit dem Terminus des „Nutzers von Dienstleistungen“, verknüpft beide Begriffe mit dem Selbstbestimmt-Leben-Paradigma und gesteht somit dem „Klienten“ eine bedeutend mächtigere Rolle zu, als dies die historische Betrachtungsweise vermuten ließe (Bradl 1996b, S. 364).

Von Betroffenen selbst wird der Begriff „Klient“ mittlerweile abgelehnt (Knust-Potter 1996, S. 530). Dennoch findet er im Kontext der institutionalisierten Hilfen

für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nach wie vor Anwendung, der Trend zeigt jedoch, dass er sukzessive von anderen Begriffen verdrängt wird.

### **7.3 Anvertrauter**

Der Terminus „Anvertrauter“ findet laut meiner Recherche österreichweit im Wohnbereich lediglich bei der „Behindertenhilfe Bezirk Korneuburg“ Anwendung. Er existiert dort seit 1990 und wurde in einem „Klientenparlament“ gemeinsam mit den Betroffenen beschlossen, die nicht mehr weiter als „Schützlinge“ oder „die Behinderten“ bezeichnet werden wollten.

Der Begriff bringt die wechselseitige Beziehung von Betreuungsperson und Betroffenen zum Ausdruck. Der Betroffene vertraut sich der Betreuungsperson an, er vertraut darauf, dass diese ihm Unterstützung zu Teil werden lässt, ebenso, wie die Betreuungsperson auf die Fähigkeiten des Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vertraut und auf die Bereitschaft des Betroffenen, diese einzusetzen (Hofer 2011, S. 1).

Die „Behindertenhilfe Bezirk Korneuburg“ wendet sich damit bewusst vom Kundenmodell ab, für sie sind „Menschen nicht bloß Kunden“ (ebd.).

### **7.4 Bewohner**

Der Begriff des „Bewohners“ wird derzeit in vielen Organisationen verwendet. Zum einen transportiert er keine offensichtlichen Machtverhältnisse, zum anderen ist er in der Praxis sehr gut dazu geeignet, sprachlich den Wohn- vom Tagesstättenbereich abzugrenzen.

Trotz der scheinbaren Unverfänglichkeit und Neutralität des Begriffs wird er nicht gänzlich kritiklos hingenommen. Niehoff ist etwa der Ansicht, dass Bewohnern nicht dieselbe, starke Position zukäme, wie dies bei Kunden der Fall wäre (2005a, S. 202), Dörner möchte diesen Begriff ohnehin „bei Strafe verbieten“, da dadurch der Mensch mit intellektueller Beeinträchtigung auf die Funktion des Wohnens reduziert würde, was nicht zu gestatten sei (2004, S. 24).

## 7.5 Kunde, Nutzer von Dienstleistungen

Die Begriffe des „Kundens“ oder „Nutzers von Dienstleistungen“ (selten auch „Konsument“) wird in der Literatur meist synonym verwendet und soll aus diesem Grund hier gemeinsam einer Klärung zugeführt werden.

Ursprünglich wurden „Bekannte“ oder „Einheimische“ als Kunden bezeichnet, später erfuhr dieser Begriff eine Wandlung und bezeichnete Personen, die in einem Geschäft (regelmäßig) einkaufen (Duden 2001, S. 459).

Auch heute noch ist der Begriff des „Kunden“ ein zentraler Leitbegriff in der Marktwirtschaft, der jedoch nun auch in sozialen Kontexten Anwendung finden soll.

Fröhlich etwa ist der Meinung, dass Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung eine Werterhöhung zuteilwerde, wenn sie zu Konsumenten würden (1999, S. 97).

Stark vertritt die Ansicht, dass sich Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung auf Grund ihres neuen Selbstverständnisses und Selbstbewusstseins zu kritischen Nutzern entwickelt hätten, die es nun vorzögen, Konsumenten personenbezogener Dienstleistungen zu sein, anstatt passive Empfänger von Hilfeleistungen (1996, S. 29).

Die individuellen Bedürfnisse des Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die sich als „Experten in eigener Sache“ sehen, stehen bei dieser Konzeption im Fokus, die Hilfeleistenden haben sich flexibel an diesen zu orientieren (Osborne 2000, S. 139). Die nun zu leistenden Dienste sind „Assistenz“ oder „Begleitung im Alltag“ und nicht, wie bisher, „Betreuung“ oder „Verwahrung“ (Bradl 1996b, S. 364). Die Qualität der Hilfeleistung wird daran zu messen sein, ob der Mensch mit intellektueller Beeinträchtigung selbst mit dieser Art der Hilfe zufrieden ist und nicht, ob die Vorgaben und Richtlinien einer Einrichtung damit erfüllt werden (Hähner 2005, S. 21f).

Wird der Mensch mit intellektueller Beeinträchtigung als Kunde betrachtet, verschieben sich die Machtverhältnisse beträchtlich in seine Richtung. Auch sein sozialer Status würde sich erhöhen, da wir in der sogenannten postmodernen Gesellschaft diesen nicht mehr – wie früher – durch die Erbringung von Leistungen erringen, sondern durch unsere Kaufkraft, wobei es hier auch nicht von Bedeutung ist, woher das Geld zum Erwerb von Waren oder Dienstleistungen



stammt. „Menschen konsumieren und realisieren sich dadurch“ (Fröhlich 1999, S. 96).

Würden Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als Kunden betrachtet und anerkannt werden, würden sich auch die Hilfen für diesen Personenkreis entscheidend verändern, so Niehoff. Die Angebote würden flexibler und passgenauer gestaltet werden, sodass eine optimale Kundenzufriedenheit erreicht werden könnte (Niehoff 2005b, S. 110).

Fröhlich gibt weiters den Hinweis, dass die Betrachtungsweise des Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als Kunden aus dem Normalisierungsprinzip heraus erwachsen müsse, denn „es ist in unseren Ländern, in unserer Zeit normal, Wahlfreiheiten zu haben, sie in Anspruch zu nehmen und sie nach eigenen Interessen zu nutzen“ (Fröhlich 2003, S. 93).

Doch genauso vehement, wie der Kundenbegriff von einigen eingefordert wird, wird er von anderen kritisiert.

Hähner etwa ist der Ansicht, dass derzeit die Einführung des Kundenbegriffs im System der Behindertenhilfe noch keine Veränderung mit sich bringen könnte, da diese Personengruppe noch nicht frei über die ihnen zustehenden finanziellen Fördermittel verfügen können und sie somit in Wahrheit dadurch auch nicht mehr Macht bekämen (Hähner 2005, S. 19), wobei dieser Punkt überwindbar wäre.

Sack gibt zu bedenken, dass dieses Konzept als Prozess betrachtet werden müsste, da „Kundensouveränität‘ nicht vom Himmel fällt“ (2005c, S. 54).

Theunissen sieht der Umbenennung der Betroffenen einen Wandel im System der Behindertenhilfe vorausgehend, da es heute meist nicht möglich ist, an einem Standort zwischen unterschiedlichen Angeboten zu wählen. „Werden Betroffene unter solchen Bedingungen als ‚Kunden‘ bezeichnet, haben wir es mit einem Euphemismus oder gar einen Etikettenschwindel zu tun, der Abhängigkeitsverhältnisse und Herrschaftsinteressen der Träger der Behindertenhilfe verschleiert. Erst die Sicherstellung finanzieller Ressourcen [...] und eine breite Palette an Wahlmöglichkeiten [...] legitimiert den Begriff des Kunden“ (Theunissen 2006, S. 86). Auch diesem Kritikpunkt wäre beizukommen.

Andere Autoren sehen den Kundenbegriff jedoch insgesamt kritisch. Ebenso, wie Dörner den Begriff des „Bewohners“ kritisierte, da der Mensch auf die Funktion des Wohnens beschränkt werden würde, kritisiert Speck den Kundenbegriff. „Der Begriff ‚Kunde‘ bezieht sich lediglich auf die Käufer-Funktion, also auf sein

Kaufverhalten und seine Zahlungsfähigkeit. Er ist also primär ökonomisch konnotiert, auch wenn dies zunächst nicht in der Absicht der Autoren lag, die mit diesem Begriff die Hoffnung verbunden hatten, den Eigenbedürfnissen und der Selbstbestimmung der Hilfe-Abnehmer zu entsprechen“ (Speck 1999, S. 155). Dadurch bedingt, so befürchtet Speck, würden sich die gesamte Mentalität und der Charakter der Behindertenhilfe ins Negative verändern. „Begriffe, wie [...] Kunden, Konsumenten, Adressaten, Nutzer [...] passen besser in ein menschenfreies Modulsystem für unternehmerische Planspiele für die Produktion von Waren als in den Bereich des Sozialen und Menschlichen. Sie beeinflussen die Mentalität und den Charakter. Sie verdrängen andere Begriffe, die eigentlich in diesem Bereich zu Hause sind, wie z.B. Begegnung, Menschlichkeit, Achtung, [...]“ (Speck 1999, S. 102f).

Auch Berger gibt zu bedenken, dass nach Entlehnung des Begriffes des Kunden aus der Betriebswirtschaft auch Denk- und Handlungsmodelle aus dieser in der Sonder- und Heilpädagogik übernommen werden könnten, was er keineswegs als hilfreich ansieht (Berger 2010).

In Dörners Betrachtungsweise sind die marktwirtschaftlichen Denk- und Handlungsmodelle und die damit verbundenen Gefahren bereits eingegangen. Er sieht diese ebenfalls als gefährlich für die Lebensgestaltung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung an. „Wer den Sorgebedürftigen etwa einen Kunden nennt, hat damit schon eingeräumt, dass er bestrebt ist, den besten Kunden möglichst lebenslang zu halten und zu nutzen und den schlechtesten Kunden an die Konkurrenz abzudrücken. Und wer den Sorgebedürftigen als Verbraucher bezeichnet, hat nicht die absurde Konsequenz bedacht, dass er selbst es ist, der vom Sorgebedürftigen verbraucht wird“ (Dörner 2003, S. 28).

Der beste Kunde ist allerdings derjenige, der bei möglichst wenig Aufwand möglichst viel Geld bringt. Hier scheint eine große Gefahr zu lauern, denn auch in diesem System werden nicht allen Menschen dieselben finanziellen Mittel zur Verfügung stehen, was zur Folge hat, dass diejenigen, die weniger haben, entweder weniger oder qualitativ schlechtere Hilfeleistungen in Anspruch nehmen können (Fröhlich 2003, S. 94). Die der Übertragung von marktwirtschaftlichem Denken in das System der Behindertenhilfe sieht auch Speck mit Gefahren verbunden. „Wenn es aber um Menschen geht, ist Wettbewerb unsozial! Er benachteiligt die Schwächeren, die weniger Leistungsfähigen. Sie haben das

Nachsehen. Sie sind stets die Verlierer. Auf dem Markt wären sie immer die Benachteiligten, die, die übrigbleiben“ (Speck 1999, S. 107).

Der Kundenbegriff wird also sehr kontrovers diskutiert und es stellt sich die Frage, ob es überhaupt notwendig ist, einen neuen Begriff einzuführen, unabhängig davon, ob es sich dabei um den Begriff des „Kundens“ oder um anderen, gänzlich neuen handelt.

Speck würde diese Frage wohl verneinen, da er der Ansicht ist, dass es auch bisher, ohne Marketing, das, was nun als „Kundenorientierung“ bezeichnet wird, gegeben hätte und sich bereits jetzt Helfer und Fachleute stark an den Bedürfnissen ihrer Klientel orientieren würden (Speck 1999, S. 107). Thimm würde Speck wohl zustimmen, denn auch er stellt kritisch in den Raum: „Sonderschullehrer, Heilpädagoginnen und Erzieherinnen werden sich fragen: Haben wir uns nicht bemüht um kooperatives Miteinander, um Dialog, um herauszufinden, was mein von mir voll menschlich akzeptiertes Gegenüber gerade in dieser oder jener Situation wünscht, hofft, von mir erwartet? Und: ist es uns nicht auch oft gelungen? Oder: kann nicht sein, was – nach dieser Theorie – nicht sein darf?“ (Thimm 1997, S. 222).

Und auch Berger gibt zu bedenken, dass Begriffsänderungen zum Teil auch schädlich sein können beziehungsweise das Öfteren auch überhaupt keine inhaltlichen Änderungen nach sich ziehen würden (Berger 2010).

In den Einrichtungen der österreichischen Behindertenhilfe hat der Begriff des „Kunden“ oder „Nutzers“ jedoch zum Teil bereits Einzug gehalten.

Ob Berger Recht gegeben werden muss, und es wirklich unerheblich ist, welche Begriffe verwendet werden, oder ob hinter diesen Begriffen in der Praxis tatsächlich unterschiedliche Denkweisen stehen, soll die nachfolgende Untersuchung aufzeigen.

## **7.6 Weitere Begriffe**

Neben den bereits ausführlich beschriebenen Begriffen werden Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in Institutionen des Wohnens auch als „Betreute“ bezeichnet, in einer Institution wird – laut meiner Recherche – der Begriff „Schützling“ verwendet. Da es jedoch nicht gelungen ist, diese Einrichtungen für

eine Kooperation zu gewinnen, wurde darauf verzichtet, auf diese Begriffe näher einzugehen.

## II. Empirischer Teil

### 8. Forschungsfrage

Wie bereits im vorangehenden Kapitel kurz andiskutiert wurde, ist derzeit unter Wissenschaftlern eine große Unstimmigkeit bezüglich der Frage vorherrschend, ob es nun unabdingbar wäre, institutionell betreute Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung mit neuen Begriffen zu bezeichnen oder ob dies für die Betroffenen keinerlei Veränderungen nach sich ziehen beziehungsweise im schlimmsten Fall sogar mit Verschlechterungen einhergehen würde.

Diese Diskussion wird in zunehmenden Maße auch in den Institutionen der Behindertenhilfe selbst geführt, was dazu geführt hat, dass die Adressaten dieser Institutionen zum Teil bereits heute mit anderen Begriffen benannt werden als noch vor wenigen Jahren. In anderen Institutionen werden noch Begriffe verwendet, die bereits länger existieren, zum Teil aus Uneinigkeit darüber, ob neue Begriffe nun besser wären oder nicht, teilweise jedoch auch bedingt durch eine bewusste Abwendung von den derzeit diskutierten Begriffen aus der Marktwirtschaft.

Diese Diskussionen in Theorie und Praxis führten mich zu folgender Fragestellung:

*Inwieweit spiegeln sich in den Bezeichnungen der Adressaten von Institutionen des Wohnens von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung veränderte fachliche Zugänge wider?*

Anders ausgedrückt: Gibt es für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in Wohninstitutionen erkennbare Unterschiede in ihren alltäglichen Lebensvollzügen, die damit in Zusammenhang stehen, mit welchem Begriff sie bezeichnet werden? Kann bereits der verwendete Begriff einen ersten Hinweis darauf geben, wieweit die Umsetzung des Normalisierungsprinzips in dieser Institution bereits fortgeschritten ist, welchen Stellenwert Selbstbestimmungsrechten zugesprochen wird und wie sehr einem modernen Dienstleistungsgedanken Rechnung getragen

wird, oder werden die Bezeichnungen eher willkürlich gewählt und wären somit beliebig austauschbar?

Um diese Frage beantworten zu können, müssen zunächst folgende Unterfragen einer Klärung zugeführt werden:

- Wie werden in österreichischen Institutionen der Behindertenhilfe die Adressaten ihrer Angebote im Wohnbereich bezeichnet?
- Welche unterschiedlichen fachlichen Zugänge sind mit den jeweiligen Bezeichnungen verknüpft?

Anschließend gilt es zu erheben, wie es um die Umsetzung des Normalisierungsprinzips, den Selbstbestimmungsrechten von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und der Orientierung am Dienstleistungsgedanken in einzelnen österreichischen Wohninstitutionen tatsächlich bestellt ist und ob hierbei ein Zusammenhang mit der Adressatenbezeichnung erkennbar ist.

## 9. Erhebungsmethode

Um die Forschungsfrage einer Klärung zuführen zu können, wurden Betreuungspersonen, die in Institutionen der Behindertenhilfe im Wohnbereich tätig sind, befragt.

Befragungen stellen die in den empirischen Sozialwissenschaften am häufigsten angewandte Methode der Datenerhebung dar. Die Gewinnung von Informationen findet hier – anders als dies etwa in Experimenten oder Beobachtungssituationen der Fall ist – durch direkte Befragung des Probanden über den Untersuchungsgegenstand statt. So ist es möglich, Angaben über innere Zustände, Erlebnisweisen und Kognitionen zu erhalten, die anders nur schwer oder gar nicht zu erfassen wären (van de Loo 2010, S. 131).

Als konkretes Erhebungsinstrument dienten postalisch versandte Fragebögen. Diese bieten einige Vorteile:

- Inanspruchnahme verhältnismäßig geringer finanzieller und personeller Ressourcen
- Keine Beeinflussung durch Interviewer
- Ausreichend Zeit der Probanden, die Fragen in Ruhe zu beantworten
- Irrelevanz von regionaler Verstreuung der Probanden
- Höhere Wahrscheinlichkeit, „heikle“ Fragen offen beantwortet zu bekommen (Diekmann 2004, S. 439; Konrad 1999, S. 74; Wilk 1986, S. 187)

Die Konstruktion des Fragebogens erfolgte auf deduktive Art, das bedeutet, „die Vorgehensweise ist theoriegeleitet, d. h. es wird von einem Modell oder einem Konstrukt ausgegangen. Aus diesem werden Indikatoren abgeleitet, anhand derer das zu erfassende Merkmal gemessen werden kann“ (van de Loo 2010, S. 133). Zu diesem Zwecke wurde bereits dargelegt, welche Konstrukte mit den jeweiligen Begriffen in der sonder- und heilpädagogischen Theorie verknüpft werden. Konkret wurden in den Fragebögen zu folgenden Themenkomplexen Fragen gestellt:

- Umsetzung des Normalisierungsprinzips
- Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner
- Orientierung am Kundenmodell

Diese Komplexe konnten jedoch nicht in dieser Form abgefragt werden. Es war zunächst nötig, diesen beobachtbaren Variablen zuzuordnen. Erst aus diesen Variablen konnten konkrete Fragen oder Items formuliert werden. Dieser „Übersetzungsvorgang“ wird als Operationalisierung bezeichnet (Westermann/Krohn 2010, S. 76).

So wurde etwa der Bereich „Umsetzung des Normalisierungsprinzips“ unter anderem in folgende Fragen übersetzt:

Die Gruppe besteht aus Männern und Frauen

- ☐ stimmt ☐ stimmt nicht

Die Bewohner müssen/sollten eine Tagesstruktur besuchen

- ☐ stimmt ☐ stimmt nicht

Der Ort, an dem die Tagesstruktur angeboten wird, befindet sich:

- ☐ im selben Haus wie der Wohnbereich
- ☐ in unmittelbarer Nähe des Wohnbereichs
- ☐ in größerer Entfernung zum Wohnbereich
- ☐ ist von Bewohner zu Bewohner unterschiedlich

Oder, um mit Kromrey zu sprechen: „Das theoretische Konstrukt A werde operationalisiert durch die Messung der Indikatoren  $a_1$ ,  $a_2$ ,  $a_3$ , ...“ (Kromrey 2009, S. 177).

Die Fragestellung erfolgte, wie hier bereits ersichtlich ist, in Form von geschlossenen Fragen, das heißt, dass alle Antwortalternativen den Probanden bereits vorgegeben wurden (van de Loo 2010, S. 131f), es kann von einer „gebundenen Aufgabenbeantwortung“ gesprochen werden (Lienert 1969, S. 111). Diese Form der Fragestellung bringt folgende Vorteile mit sich:



- erhöhte Vergleichbarkeit der Antworten
- Vermeidung unleserlicher Antworten
- Verringerung des Zeitaufwands für Untersuchten und Untersucher (Atteslander 2000, S. 162; van de Loo 2010, S. 134; Raithel 2008, S. 68)

Werden, wie in diesem Fall, die Fragebögen postalisch versandt, empfiehlt es sich, (fast) ausschließlich geschlossene Fragen zu verwenden (Friedrichs 1985, S. 238).

Bei der Formulierung der Fragen sollten einige Empfehlungen beachtet werden, so wie etwa:

- Eher kurze Sätze
- Einfache Formulierungen
- Keine Suggestivfragen
- Direkte statt indirekte Fragestellungen
- Keine doppelten Verneinungen
- Keine Fremdwörter und Fachausdrücke verwenden
- Nicht mehrere Aspekte in einer Frage thematisieren
- Einfaches Hochdeutsch (Alltagssprache) verwenden
- Keine Verwendung von Abkürzungen
- Vermeidung von Verallgemeinerungen
- Vermeidung von Begriffen mit mehreren Bedeutungen
- Meidung von stark wertbesetzten Begriffen (Kromrey 2009, S. 350f; Raithel 2008, S. 67-76; Bühner 2011, S. 139; Konrad 1999, S. 75; Diekmann 2004, S. 412).

Die zu lösenden Aufgaben wurden zum Teil als Fragen, zum Teil als Feststellung formuliert. Zudem finden sich in dem Fragebogen Einfach- und Mehrfach-Wahlaufgaben wieder, das bedeutet, dass die Probanden in einigen Fällen nur zwischen „Stimmt“ und „Stimmt nicht“ wählen konnten, in anderen Fällen zwischen mehreren, ausformulierten Statements wählen konnten, wobei in den meisten Fällen nur eine Zustimmung pro Item gestattet war (Single-Choice), selten jedoch auch mehrere Antworten zulässig waren (Multiple-Choice) (Bühner 2011, S. 117).

Als Beispiel für eine Single-Choice-Aufgabe wäre etwa folgende zu nennen:

Wenn es sich um **gleichgeschlechtlichen** Besuch handelt, wo darf sich dieser aufhalten?

- ☐ ausschließlich in Gemeinschaftsräumen
- ☐ ausschließlich im Zimmer des Bewohners, bei geöffneter Tür
- ☐ ausschließlich im Zimmer des Bewohners, bei geschlossener Tür
- ☐ wo der Bewohner und sein Gast das gerne möchten

Multiple-Choice-Aufgaben finden sich im Fragebogen etwa in der Form wieder:

Haben die Bewohner die Möglichkeit, auf Urlaub zu fahren? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ ja, die Wohngruppe/die Institution organisiert regelmäßig Urlaube
- ☐ ja, mit der Tagesstätte, in der sie beschäftigt sind
- ☐ ja, mit Eltern/sonstigen Verwandten/Bekannten
- ☐ alle/manche unserer Bewohner fahren alleine in Urlaub
- ☐ nein

Unabhängig davon, in welcher Art und Weise die Aufgaben gestellt sind, ist es unerlässlich, die Antwortkategorien darauf zu prüfen, dass sie hinreichend, präzise, erschöpfend und disjunkt, also nicht überlappend, sind (Raithel 2008, S. 69). Dafür ist es wichtig – vor allem, wenn es sich um Mehrfach-Wahlaufgaben handelt – über einen ausreichend großen Kenntnisstand bezüglich der möglichen Antwortalternativen zu verfügen (Kirchhoff et al 2003, S. 20).

An manchen Stellen wurden sogenannte „Filterfragen“ in den Fragebogen eingefügt. Sie blenden Fragen, die nicht für alle befragten Personen relevant sind, aus und veranlasst diese, gewisse Fragenblöcke zu überspringen (Raithel 2008, S. 71; Mayer 2009, S. 96). Als Beispiel für eine Filterfrage kann jene Aufgabe herangezogen werden:

28) Die Bewohner verfügen über eigenes Taschengeld

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht (weiter bei Frage 30)

Sogenannte „heikle Fragen“ sollten nicht zu Beginn des Fragebogens eingebaut werden, da hier die Möglichkeit der Nichtbeantwortung sehr groß ist bzw. es auch vorkommen kann, dass der Proband die Befragung gänzlich abbricht (Atteslander 2000, S. 172). Soziodemographische Daten - wie Alter, Geschlecht, ... - sollten stets am Schluss der Befragung erhoben werden (Raithel 2008, S. 76).

Jedem Fragebogen sollte ein Einleitungsbrief beigelegt werden, der Auskunft darüber gibt, wer für die Befragung verantwortlich ist und warum diese Untersuchung durchgeführt wird (Raithel 2008, S. 78). Der Einleitungsbrief sollte zudem Durchführungshinweise und Aussagen bezüglich der Zusicherung von Anonymität beinhalten (Mummendey/Grau 2008, S. 86; Raithel 2008, S. 78). Da bei postalischen Fragen niemand vor Ort ist, um mögliche Einwände auszuräumen, muss dies ebenfalls im Einleitungsbrief geschehen (Goode/Hatt 1962, S. 170). Dennoch sollte er eher kurz gehalten werden (Konrad 1999, S. 103).

Um die Rücklaufquote zu erhöhen, sollte die Durchführung der Befragung telefonisch vorangekündigt werden, der Fragebogen nicht mehr als 15 Seiten umfassen und ein frankiertes und adressiertes Rückkuvert beigelegt werden (Wilk 1986, S. 191; Atteslander 2000, S. 148; Mummendey/Grau 2008, S. 93). Meist wird es nötig sein, nach einer gewissen Zeit Erinnerungsschreiben auszusenden, um die Rücklaufquote weiter zu erhöhen (Wilk 1986, S. 191).

## 10. Ziehung der Stichprobe

Zunächst galt es jedoch festzustellen, wer die Adressaten der Befragung sein sollten. Grundsätzlich kamen all jene Menschen in Betracht, die in Institutionen des Wohnens für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in Gesamtösterreich tätig sind. Diese stellen die Grundgesamtheit dar. „Unter *Grundgesamtheit* ist diejenige Menge von Individuen, Fällen, Ereignissen zu verstehen, auf die sich die Aussagen der Untersuchung beziehen sollen und die im Hinblick auf die Fragestellung und die Operationalisierung vorher eindeutig abgegrenzt werden muss“ (Kromrey 2009, S. 255, Herv. i. O.)

Zum Zwecke der Forschung galt es nun, aus dieser Grundgesamtheit eine Teilmenge herauszunehmen, also eine Stichprobe (auch „sample“ genannt) zu ziehen (Köhler 2004, S. 123; Atteslander 2000, S. 290). Diese kann – je nach Ausgangslage – mit Hilfe unterschiedlicher Verfahren gewonnen werden. Da sich die Grundgesamtheit bezüglich des interessierenden Merkmals (die in den jeweiligen Institutionen verwendeten Begriffe) als sehr heterogen erwies, bot sich das „Schichtenauswahlverfahren“ oder „stratified sampling“ an. Hierbei wird die Grundgesamtheit zunächst bezüglich des interessierenden Merkmals in einzelne Teilmengen zergliedert, aus welchen dann Zufallsstichproben gezogen werden (Atteslander 2000, S. 292; Mayer 2009, S. 62). Diese Methode der Stichprobenziehung hat den Vorteil, dass man auf diese Art sichergehen kann, keine wesentliche Gruppe aus dem Sample ausgelassen zu haben (Parten 1962, S. 196).

So bestand im konkreten Forschungsfall eine Schicht aus jeweils allen Angehörigen von Institutionen, in denen der Begriff „Kunde“ verwendet wird, die nächste Schicht aus denjenigen, die den Begriff „Klient“ präferieren und so weiter. Um diese Einteilung nach Schichten jedoch vornehmen zu können, ist es unabdingbar, über ein Vorwissen im Hinblick auf die Merkmalsverteilung zu verfügen (Diekmann 2004, S. 337). Dieses wurde zum einen mit Hilfe einer Internetrecherche erlangt, indem die Webauftritte der Institutionen auf diese Begriffe untersucht wurden, zum anderen durch Anfragen via E-Mail an Leitungspersonen der jeweiligen Institutionen, wenn die entsprechende Homepage keinen Aufschluss über den verwendeten Begriff lieferte.

Im Anschluss daran wurden an die entsprechenden Institutionen Anfragen verschickt, ob sie bereit wären, mein Forschungsvorhaben zu unterstützen. Unter allen kooperationsbereiten Institutionen wurden nun, wenn vorhanden, zwei Institutionen pro Schicht ausgewählt. Soweit dies möglich war, wurde darauf geachtet, eine gewisse regionale Streuung zu erreichen.

Da aus jeder Schicht zwei Institutionen ausgewählt wurden, kann man hier von einem disproportional geschichtetem Sample sprechen, da nicht darauf geachtet wurde, welchen prozentuellen Anteil die Schicht an der Grundgesamtheit hat, sondern aus jeder Schicht die gleiche Anzahl von Einheiten ausgewählt wurde (Parten 1962, S. 191). Dies hat den Vorteil, dass auch bei sehr unterschiedlichen Schichtgrößen die Möglichkeit einer detaillierten Auswertung erhalten bleibt (Scheuch 1974, S. 35).

## 11. Auswertungsmethode

Die Auswertung und Interpretation der Fragebögen erfolgte unter Anwendung der „deskriptiven Statistik“.

„*Statistik* ist ein Sammelbegriff für Methoden der Erhebung und Auswertung quantitativer Daten zum Zwecke der Informationsgewinnung“ (Nachtigall/Pohl/Hartenstein 2010, S. 275). Unter deskriptiver Statistik im Speziellen kann eine – im Unterschied zur schließenden Statistik – rein beschreibende Anwendungsform verstanden werden (Atteslander 2000, S. 273).

Zunächst galt es, eine Grundauszählung vorzunehmen, die erhaltenen Antworten also systematisch zu ordnen, zusammenzufassen und die Häufigkeit gleicher Merkmalsausprägungen festzuhalten (Litz 2003, S. 46). Da man den Blick hierbei immer nur auf eine Variable richtet, spricht man von „univariater Statistik“ (Kromrey 2009, S. 440). Sie kam etwa dann zur Anwendung, wenn es aufzuzeigen galt, wie viele Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ein Mitbestimmungsrecht in Bezug auf Personalentscheidungen haben.

Diese Erkenntnisse reichten jedoch nicht aus, um die Forschungsfrage hinlänglich beantworten zu können. Es galt nun also, bestimmte Variablen miteinander in Beziehung zu setzen bzw. die Stärke des Zusammenhangs zweier Variablen zu quantifizieren, womit wir uns im Bereich der „bivariaten Statistik“ befinden (Wirtz/Ulrich 2010, S. 288).

Dieser Anwendungsbereich der Statistik wurde innerhalb meiner Forschung zu Hilfe genommen, um etwa feststellen zu können, ob „Kunden“ mehr Selbstbestimmungsrechte zuerkannt bekommen, als dies bei „Klienten“ der Fall ist oder ob Unterschiede bezüglich der Umsetzung des Normalisierungsprinzips feststellbar sind.

Bevor es jedoch zur Darstellung der Ergebnisse kommt, soll dargelegt werden, welche Institutionen in die Untersuchung miteinbezogen wurden und diese kurz vorgestellt werden.

## **12. Kurzdarstellung der untersuchten Institutionen**

### **12.1 Arche Tirol**

Die Arche Tirol wurde 1992 gegründet und verfügt derzeit über 2 Wohnhäuser (10 Bewohner mit intellektueller Beeinträchtigung) und eine Tageswerkstätte.

Die Arche versteht sich nicht als Betreuungsinstitution im klassischen Sinne, sondern als „Gemeinschaft von Menschen mit geistiger Behinderung und deren BegleiterInnen“ (Arche 2012). Sie möchte beiden ein familiäres Zuhause anbieten.

Das Leitbild der Arche orientiert sich unter anderem an:

- Professionalität
- Individualität
- Selbstbestimmung
- Inklusion
- Glauben an Gott (ebd.)

### **12.2 Behindertenhilfe Bezirk Korneuburg (Niederösterreich)**

Die Behindertenhilfe Bezirk Korneuburg wurde 1978 gegründet. Heute ist sie Trägerorganisation von 2 Wohnhäusern (54 Bewohner), 2 teilbetreuten Wohngemeinschaften (9 Bewohner) und 2 Tageswerkstätten an 3 Standorten im Bezirk Korneuburg. Zusätzlich wird „Wohnassistenz“ und „Essen auf Rädern“ angeboten.

Die Angebote der Behindertenhilfe Bezirk Korneuburg basieren auf folgenden Grundsätzen:

- Hilfe zur Selbsthilfe
- Würde und Achtung
- Selbstbestimmung
- Partnerschaftlichkeit
- Soziale Integration
- Orientierung an Kompetenzen
- Ganzheitlichkeit (Behindertenhilfe 2012)

### **12.3 Caritas Burgenland**

Die Caritas trat bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts im Burgenland in Erscheinung, nach dem Ende des 2. Weltkriegs fächerte sich die Angebotspalette der Caritas zusehends weiter aus. Heute bietet die Caritas Burgenland Beratung und Unterstützung für Menschen in Armut, betreut Menschen im Alter, Menschen mit Behinderungen, Menschen in schwierigen Beziehungskonstellationen und begleitet und fördert Kinder und Jugendliche.

Die Caritas Burgenland betreibt an 3 Standorten Wohneinrichtungen mit unterschiedlicher Betreuungsintensität für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.

Die Arbeit der Caritas Burgenland fußt auf folgenden Grundsätzen:

- Hilfe zur Selbsthilfe
- Professionalität
- Menschlichkeit
- Partnerschaftlichkeit
- Anwaltschaftlichkeit (Caritas 2012)

### **12.4 Kolping (Niederösterreich)**

Kolping betreibt in Niederösterreich drei Wohnhäuser (94 Bewohner) und zwei Werkstätten an 3 Standorten für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Zusätzlich unterstützt Kolping Niederösterreich Jugendliche in Krisensituationen, Asylwerber, psychisch beeinträchtigte Personen und von Gewalt betroffene Frauen.

Die Arbeit in Einrichtungen der Trägerorganisation Kolping orientiert sich an einem christlich-sozialen Weltbild. In den Wohnhäusern sollen sich die Bewohner zu Hause und sicher fühlen, nach den neuesten Erkenntnissen der Sonder- und Heilpädagogik betreut und gefördert werden und einen partnerschaftlichen, achtungsvollen Umgang erleben dürfen (Kolping 2012).



## **12.5 Lebenshilfe Knittelfeld (Steiermark)**

Die Lebenshilfe Knittelfeld wurde 1981 als Elternverein gegründet. Ihr Angebot umfasst heute 2 Wohnhäuser (26 Bewohner) mit unterschiedlicher Betreuungsintensität, eine Werkstätte, Freizeitassistenz, einen Familienentlastungsdienst und Frühförderung. Die Arbeit der Lebenshilfe Knittelfeld gründet auf einem christlich-humanen Weltbild. Die Bewohner sollen so weit wie möglich mit- und selbstbestimmen können und unter möglichst normalen Bedingungen leben (Lebenshilfe Knittelfeld 2012).

## **12.6 Lebenshilfe Vorarlberg**

Die Lebenshilfe Vorarlberg wurde 1967 von Eltern von Menschen mit Beeinträchtigung als Selbsthilfeorganisation gegründet. Sie versteht sich heute als Dienstleister und Interessensvertreter von Menschen mit Beeinträchtigungen und begleitet diese in Werkstätten und Wohnangeboten. Der Dienstleistungsgedanke rückte etwa im Jahr 2000 in die Arbeit der Lebenshilfe Vorarlberg vor und gewinnt seither zusehends an Bedeutung. Die Lebenshilfe Vorarlberg versucht, möglichst kleine, offene und dezentrale Wohneinheiten zu schaffen. In der Betreuungsarbeit gilt der Grundsatz „So viel Selbstständigkeit und Teilhabe wie möglich, so wenig Assistenz und Einrichtung wie nötig“ (Lebenshilfe Vorarlberg 2012). Insgesamt betreut die Lebenshilfe Vorarlberg 300 Menschen mit Beeinträchtigung im Wohnbereich (ebd.).

## **12.7 ÖHTB (Wien)**

Das ÖHTB (Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte) wurde 1981 von Eltern taubblinder Kinder gegründet. Bereits sechs Jahre später erweiterte es sein Tätigkeitsfeld und bietet heute auch Dienstleistungen für Menschen mit Mehrfachbehinderungen, Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und Menschen mit psychischer Beeinträchtigung an. Das ÖHTB betreut derzeit etwa 188 Personen in Wohngemeinschaften und

angeschlossenen Einzel- bzw. Trainingswohnungen und 139 Personen im teilbetreuten Bereich. Zusätzlich erbringt das ÖHTB Dienstleistungen im Bereich Arbeit, Frühförderung, Altenbetreuung, Beratung und Fahrtendienst. Die Arbeit orientiert sich an folgenden Bestimmungen:

- Selbstbestimmung
- Normalisierung von Lebensbedingungen
- Kompetenzorientiertheit
- Dialogische Beziehung von Betreuern und Betreuten
- Professionalität
- Gemeinsame Lebensplanung
- Transparenz (ÖHTB 2012).

## **13. Auswertung der Ergebnisse (institutionsspezifisch)**

Dieses Kapitel soll zunächst markante Ergebnisse der Untersuchung aufzeigen, ohne auf die verwendeten Begriffe näher Bezug zu nehmen. Dadurch sollen Besonderheiten aufgezeigt und ein erster Überblick über die Ergebnisse geliefert werden. Konkrete Aussagen über Selbstbestimmungsmöglichkeiten und die Umsetzung des Normalisierungsprinzips etwa sollen nicht institutionsspezifisch, sondern nach den jeweils verwendeten Begriffen getätigt werden.

### **13.1 Arche Tirol**

Die Rücklaufquote bezüglich der in die Arche Tirol versandten Fragebögen lag leider nur bei 60%, Gründe hierfür konnten nicht ermittelt werden.

In der Arche werden die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als „Bewohner“ bezeichnet. Die Einrichtung befindet sich in einem Dorf.

Alle Bewohner verfügen über ein Einzelzimmer. Die Gruppengröße variiert zwischen 4 und 6 Personen und ist somit als sehr klein zu bezeichnen. Die Gruppen sind gemischtgeschlechtlich zusammengestellt.

Die befragten Betreuungspersonen verfügen durchgehend über eine fachspezifische Ausbildung und nehmen an regelmäßigen Fortbildungen teil. Sie sind zwischen 31 und 50 Jahren alt. Zwei der Befragten arbeiten bereits sehr lange (13 bzw. 17 Jahre) in der Institution, einer erst seit einem Jahr. Zwei Probanden gaben an, ein freundschaftliches bzw. partnerschaftliches Verhältnis zu den Bewohnern zu haben, ein Proband beschrieb sein Verhältnis als Mutter-Kind-Verhältnis. Auffallend war, dass alle Befragten mit ihrer Tätigkeit zufrieden sind und offensichtlich recht frei agieren dürfen, was sich in einer eindeutigen Negation der Aussagen „Ich muss viele Entscheidungen, die es zu treffen gilt, von einem Vorgesetzten ‚absegnen‘ lassen“ und „Häufig fühle ich mich von institutionellen Rahmenbedingungen und Vorgaben in meiner Arbeit, so wie ich sie gerne ausführen möchte, eingeschränkt“ zeigte.

### **13.2 Behindertenhilfe Bezirk Korneuburg**

Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug in dieser Institution 100%, das heißt, es konnten 5 Betreuungspersonen zur Mitarbeit bewogen werden. Es handelt sich dabei überwiegend um fachspezifisch ausgebildetes Personal. An der Untersuchung nahmen 2 Frauen und 3 Männer teil, die Streuung nach Alter war sehr groß. So waren zwei der Probanden zwischen 20 und 30 Jahren, einer zwischen 31 und 40 Jahren und zwei zwischen 41 und 50 Jahren alt. Vier von fünf Probanden haben zuvor in keiner anderen Einrichtung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gearbeitet. Drei Probanden sind erst seit kürzerer Zeit in der Einrichtung tätig (bis zu 2 Jahren), zwei hingegen bereits seit 15 bzw. seit 17 Jahren. 4 Probanden sind mit ihrer Tätigkeit zufrieden, einer zumindest zum Teil. Alle untersuchten Betreuer dieser Institution nehmen mindestens einmal jährlich an Fortbildungen teil.

In der Behindertenhilfe Bezirk Korneuburg wird durchgängig der Begriff „Anvertrauter“ verwendet, wobei dieser bereits seit mehr als 5 Jahren Verwendung findet. Die untersuchte Einrichtung befindet sich in ländlicher Gegend. Eine Wohngruppe besteht aus 12 Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, ein Umstand, der – der Theorie folgend – erste Vermutungen aufkommen lässt, dass dadurch die Möglichkeiten der Selbstbestimmung eingeschränkt sein könnten. Die Gruppen sind gemischtgeschlechtlich strukturiert.

Zwei Probanden gaben an, dass alle Bewohner über ein Einzelzimmer verfügen, drei hingegen dementierten dies.

Die Beziehung zu den Bewohnern beschrieben die meisten der untersuchten Betreuer als freundschaftlich/partnerschaftlich, es wurden aber auch die Kategorien „ich fühle mich als ‚Dienstleister‘ gegenüber unseren Bewohnern“ und „eher distanziert“ vereinzelt genannt. Vier von fünf Probanden fühlten sich häufig in der Arbeit, so wie sie sie gerne ausführen möchten, von institutionellen Rahmenbedingungen eingeschränkt. Auch dies legt den Verdacht nahe, dass es hierdurch zu einer Einschränkung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten kommen könnte.

### 13.3 Caritas Burgenland

Die Caritas Burgenland retournierte lediglich 4 Fragebögen, was einer Rücklaufquote von 80% entspricht. Die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die hier wohnen, werden „Bewohner“ genannt. Auch dieser Begriff existiert bei der Caritas Burgenland seit mehr als 5 Jahren. Die Wohnstätte befindet sich in städtischen Gebiet, wobei 2 Probanden angaben, sie befinde sich mitten in der Stadt, 2 hingegen der Meinung waren, sie wäre am Rande einer Stadt. Eine Wohngruppe besteht aus 9 Bewohnern, welche 1 Doppelzimmer und 7 Einzelzimmer bewohnen. Auch diese Wohngruppe ist gemischtgeschlechtlich ausgelegt.

Bei den befragten Betreuern handelte es sich um 2 Männer und 2 Frauen, die alle eine fachspezifische Ausbildung abgeschlossen haben oder in Ausbildung stehen. Drei der Befragten sind zwischen 20 und 30 Jahren alt, ein Proband ist in die Altersklasse 41 – 50 einzuordnen. Die befragten Betreuungspersonen arbeiten zwischen 2,5 und 15 Jahren in der untersuchten Institution und nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil.

Interessant ist hier, dass nur eine befragte Person mit ihrer Tätigkeit zufrieden ist, drei hingegen nur zum Teil. Ein Zusammenhang mit einer möglichen Einschränkung durch institutionelle Vorgaben ist nicht unmittelbar erkennbar, da hier zwei Untersuchte angaben, sich in ihrer Arbeit dadurch nicht eingeschränkt zu fühlen, zwei hingegen sehrwohl. Eine unmittelbare Verbindung zur scheinbar mangelnden Arbeitszufriedenheit lässt sich hieraus jedoch nicht ablesen.

Eine mögliche Erklärung könnte sich ergeben, wenn man die Frage „Ich muss viele Entscheidungen, die es zu treffen gilt, von einem Vorgesetzten ‚absegnen‘ lassen“ auswertet. Hier stimmten 3 von 4 Betreuern zu, dass das in ihrer Institution der Fall sei. Dies senkt nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter (was sich meist unmittelbar auf die Zufriedenheit der Bewohner auswirkt), sondern schränkt potentiell auch die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner ein. Interessant war auch die Beantwortung der Frage, ob gleichgeschlechtliche Partnerschaften bei Bewohnern akzeptiert werden würden. Hier wurde mehrmals vermerkt, dass die Betreuer selbst damit keinerlei Probleme hätten, die Vorgaben der Institution wären hierbei jedoch etwas strenger.

Markant ist in dieser Institution auch, dass alle vier Betreuer das Verhältnis zu den Bewohnern als freundschaftlich/partnerschaftlich bezeichneten und sich alle sehr gut vorstellen können, auch bei Verlassen der Institution ein freundschaftliches Verhältnis zu den Bewohnern aufrechtzuerhalten.

### **13.4 Kolping**

Die Rücklaufquote betrug hier ebenfalls nur 80% Prozent, wobei besonders auffiel, dass sich nur weibliche Betreuungspersonen an der Befragung beteiligten. Zwei davon sind zwischen 20 und 30 Jahren, eine zwischen 41 und 50 Jahren alt, eine ist älter als 50 Jahre. Lediglich die Hälfte verfügt über eine einschlägige Ausbildung, es finden jedoch regelmäßige Fortbildungen statt. Die längste Verweildauer der untersuchten Betreuer in dieser Institution beträgt 9 Jahre. Die Hälfte der Befragten ist mit ihrer Tätigkeit zufrieden, die andere Hälfte nur zum Teil. Alle Probanden gaben an, sich häufig von institutionellen Vorgaben und Rahmenbedingungen eingeschränkt zu fühlen. So wurde auf einigen Fragebögen etwa auch vermerkt, dass die Betreuer selbst kein Problem damit hätten, wenn die Bewohner auf Festen etwas Alkohol konsumieren würden, dies jedoch von der Institution nicht geduldet wird.

Bei Kolping Niederösterreich wird hauptsächlich der Begriff „Klient“ verwendet, zum Teil jedoch auch „Bewohner“. Beide Begriffe finden seit mehr als 5 Jahren Anwendung.

Die untersuchte Einrichtung befindet sich am Rande einer Stadt, die Bewohner verfügen hier nicht durchgängig über Einzelzimmer.

Eine Wohngruppe besteht aus 10 Personen, sowohl aus Männern, als auch aus Frauen.

Bezeichnend ist, dass zwei der befragten Betreuer ihr Verhältnis zu den Bewohnern als „eher distanziert“ angaben, einer antwortete mit „freundschaftlich/partnerschaftlich“, einer fühlt sich als Dienstleister gegenüber den Bewohnern. Dennoch können sich drei der Befragten vorstellen, auch bei Verlassen der Einrichtung eine freundschaftliche Beziehung zu den Bewohnern aufrechtzuerhalten (bzw. zum Teil wohl neu aufzubauen).

### **13.5 Lebenshilfe Knittelfeld**

Die Lebenshilfe Knittelfeld bezeichnet die Adressaten ihres Angebots seit weniger als 5 Jahren als „Kunden“, zuvor wurden diese „Klienten“ genannt.

4 Fragebögen wurden zurückgesendet, was einer Rücklaufquote von 80% entspricht. Befragt wurden 3 Frauen und 1 Mann.

Die untersuchte Einrichtung liegt am Rande einer Stadt. Alle Kunden verfügen über Einzelzimmer, die Gruppen sind gemischtgeschlechtlich strukturiert. Es wurde von den Befragten einstimmig angegeben, dass eine Gruppe aus jeweils 22 Personen besteht.

Auffallend war, dass alle Betreuungspersonen angaben, ein „freundschaftlich/partnerschaftliches Verhältnis“ zu den Kunden zu haben und sich gut vorstellen könnten, freundschaftlichen Kontakt zu den Kunden zu pflegen, auch wenn sie selbst die Einrichtung verlassen würden. Ebenso war es für keinen der Befragten wichtig, für die Kunden als Autoritätsperson zu gelten.

Alle Probanden nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil. 2 der Befragten sind mit ihrer Tätigkeit zufrieden, 2 hingegen nur zum Teil.

### **13.6 Lebenshilfe Vorarlberg**

Die Lebenshilfe Vorarlberg stellt in Bezug auf ihre Begriffswahl einen Sonderfall innerhalb der von mir befragten Institutionen dar.

Im Zuge meiner Internetrecherche stieß ich bei der Lebenshilfe Vorarlberg wiederholt darauf, dass es sich hierbei um ein modernes Dienstleistungsunternehmen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung handle, vereinzelt wurde dezidiert der Begriff „Kunde“ verwendet.

Bei der Bearbeitung der Fragebögen fiel auf, dass drei der Befragten angaben, sie würden von „Bewohnern“ sprechen, zwei hingegen meinten, „Klient“ wäre der aktuelle Begriff, „Bewohner“ hingegen ein früher verwendeter.

Daraufhin trat ich in E-Mail-Kontakt zu Herrn Andreas Dipold, dem Gebietsleiter Wohnen der Lebenshilfe Vorarlberg, der diese Unstimmigkeit bei den befragten Betreuungspersonen dadurch erklärte, dass die Lebenshilfe Vorarlberg keinen der gängigen Begriffe als ausreichend empfinde. Insgesamt betrachtet würden sie

aber Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die ihre personenorientierten Dienstleistungen in Anspruch nehmen, als „Kunden“ oder „Partner“ bezeichnen. Der Begriff des „Bewohners“ würde zwar im Wohnbereich verwendet werden, allerdings in derselben Konnotation, wie wir alle Bewohner eines Hauses oder einer Wohnung wären.

Da der Dienstleistungsgedanke hier jedoch immer im Vordergrund zu stehen scheint und der Begriff des „Kunden“ in der Lebenshilfe Vorarlberg in Bezug auf alle erbrachten Dienstleistungen Anwendung findet, werde ich die Fragebögen dieser Institution der Kategorie „Kunden“ zuordnen.

Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug 100%. Drei der Befragten sind zwischen 31 und 40 Jahren alt, einer zwischen 20 und 30 und einer ist über 50 Jahre alt. Alle arbeiten seit mindestens 6 Jahren in dieser Institution, die Spitze liegt bei 19 Jahren. Alle nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil. 4 der Befragten sind mit ihrer Tätigkeit zufrieden, einer nur zum Teil. Bei den Befragten handelt es sich um 3 Frauen und 2 Männer. 3 der Befragten verfügen über eine facheinschlägige Berufsausbildung, die anderen Beiden beantworteten diese Frage nicht.

Die Fragebögen ergingen an unterschiedliche Wohneinrichtungen innerhalb der Lebenshilfe Vorarlberg, was in Bezug auf Lage der Einrichtung und Gruppengröße zu unterschiedlichen Ergebnissen führte. So gaben zwei Betreuer an, ihr Arbeitsplatz befände sich in einem Dorf, einer antwortete mit „am Rande eines Dorfes“, zwei Probanden gaben an, die Einrichtung befände sich in Einzellage. Die Gruppengröße variiert zwischen 5 und 9 Personen, was als verhältnismäßig klein zu bezeichnen wäre. Die Gruppen sind gemischtgeschlechtlich strukturiert. Es stehen nicht durchgängig Einzelzimmer zur Verfügung.

Die Kunden besuchen eine Tagesstruktur, die sich jedoch häufig in unmittelbarer Nähe zum Wohnbereich bzw. im selben Haus befindet.

Auffallend war, dass die Kunden am Einkauf von Gütern des täglichen Bedarfs beteiligt sind und auch mitentscheiden können, was eingekauft werden soll.

Ebenso markant ist die Beantwortung der Frage, ob sich die Betreuungsperson in der Hierarchie eindeutig als über den Kunden stehend sehen. Dies wurde einstimmig negiert. Ebenso ist es für vier der Befragten nicht von großer Bedeutung, für ihre Kunden als Autoritätsperson zu gelten.



Drei der Befragten fühlen sich bereits als Dienstleister gegenüber den Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, zwei sahen die Beziehung als „freundschaftlich/partnerschaftlich“ getönt an. Vier der Betreuungspersonen gaben an, sich in Zukunft vorstellen zu können, in erster Linie den Wünschen und Anweisungen der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung folgend ihre Arbeit zu verrichten, wenn die Rahmenbedingungen dementsprechend angepasst werden würden.

### **13.7 ÖHTB**

Beim ÖHTB werden die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die das Wohnangebot in Anspruch nehmen, „Klienten“, sehr selten auch „Bewohner“ genannt. Die untersuchte Einrichtung befindet sich am Rande einer Stadt. Die Klienten verfügen durchgängig über Einzelzimmer und werden in Gruppen zu je 12 Personen betreut. Die Gruppen sind gemischtgeschlechtlich strukturiert.

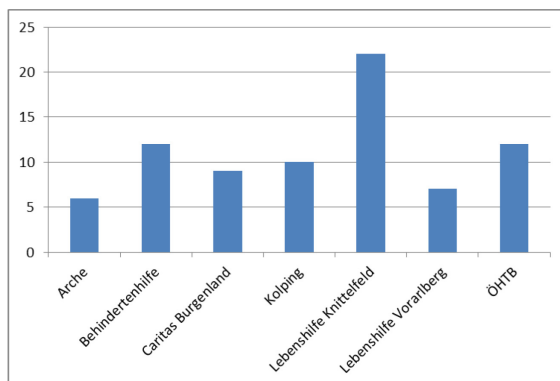
Die befragten Betreuungspersonen verfügen alle über eine fachspezifische Ausbildung und sind zwischen 20 und 50 Jahren alt. An der Umfrage beteiligten sich insgesamt 5 Personen, 3 Frauen und 2 Männer, was einer Rücklaufquote von 100% entspricht. Alle befragten Betreuer absolvieren mindestens einmal im Jahr Fortbildungsmaßnahmen. Drei der Befragten sind mit ihrer Tätigkeit zufrieden, 2 nur zum Teil. Auffallend war auch, dass sich 4 der Befragten häufig von institutionellen Rahmenbedingungen und Vorgaben eingeschränkt fühlten.

Interessant an den Untersuchungsergebnissen war, dass 3 der Betreuungspersonen angaben, sich als „Dienstleister“ gegenüber den Klienten zu sehen, eine Tatsache, die sich auch in anderen Teilfragen widerspiegelt. So entscheiden etwa die Klienten selbst, wann sie abends zu Bett gehen und wann sie am Wochenende morgens aufstehen, viele der Klienten verfügen über einen eigenen Zimmer- und Haustürschlüssel und alle Betreuungspersonen warten nach dem Anklopfen an der Zimmertüre des Klienten ab, ob dieser mit einem „Herein“ oder ähnlichem dem Betreuer tatsächlich gestattet, nun das Zimmer zu betreten. Drei der Befragten gaben auch an, sich vorstellen zu können, in Zukunft in ihrer Tätigkeit in erster Linie den Wünschen und Anweisungen der Klienten zu folgen, wenn sich die Rahmenbedingungen dementsprechend ändern würden.

### 13.8 Vergleich

Unterzieht man die untersuchten Institutionen einem Vergleich, werden zum Teil markante Unterschiede deutlich, die im Folgenden kurz aufgezeigt werden sollen.

Die Frage, aus wievielen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eine Gruppe in der jeweiligen Institution besteht, wurde wie folgt beantwortet:

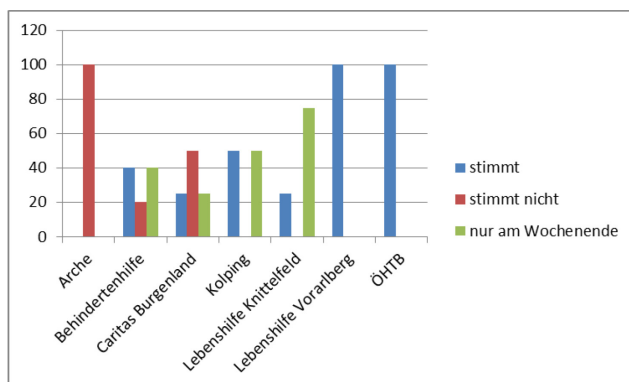


Hierbei werden große Unterschiede sichtbar. Die bereits weiter oben dargelegte Forderung von Theunissen, eine Gruppe solle maximal aus 6 Personen bestehen, wird hier lediglich von der Arche Tirol umgesetzt, wenngleich die Gruppengrößen bei der Lebenshilfe Vorarlberg mit 7 Personen ebenso als recht klein bezeichnet werden können. Spitzenreiter ist in dieser Kategorie die Lebenshilfe Knittelfeld mit 22 Personen pro Gruppe. Dies könnte die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner stark einschränken.

Selbstbestimmung im institutionalisierten Wohnbereich zeichnet sich etwa dadurch aus, dass die Bewohner selbst entscheiden können, wann sie Abends zu Bett gehen und wann sie am Wochenende Morgens aufstehen.

Die Frage, ob Bewohner selbst entscheiden können, wann sie Morgens aufstehen möchten, vorausgesetzt, es handelt sich nicht um einen Arbeitstag, wurde von allen Befragten bejaht, mit Ausnahme der Probanden, die in der Arche Tirol beschäftigt sind. Hier ist es laut Angaben der Betreuungspersonen den Bewohnern auch am Wochenende nicht gestattet, solange zu schlafen, wie sie dies gerne möchten.

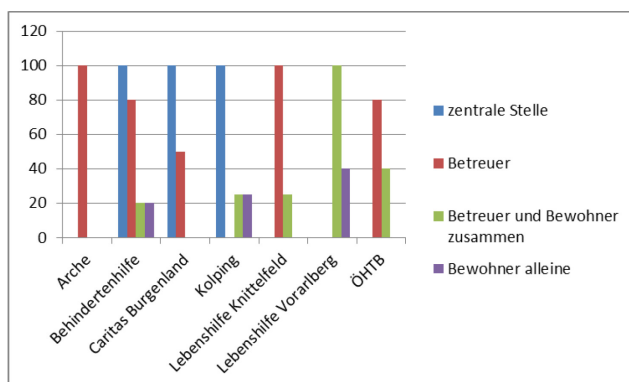
Größere Unterschiede zeigten sich bei der Frage, ob die Bewohner selbst entscheiden dürfen, wann sie Abends zu Bett gehen. Hier zeigten sich folgende Ergebnisse:



Hier wird deutlich, dass die gegebenen Antworten in einigen Institutionen nicht eindeutig waren. Es kann jedoch klar festgestellt werden, dass die Bewohner der Arche nicht frei wählen können, wann sie Abends zu Bett gehen, Bewohnern der Lebenshilfe Vorarlberg und des ÖHTBs hingegen ist dies möglich.

Mit- und Selbstbestimmung zeigt sich auch beim Einkauf von Lebensmitteln. Hier wurde gefragt, wer einkauft und wer entscheidet, was eingekauft werden soll.

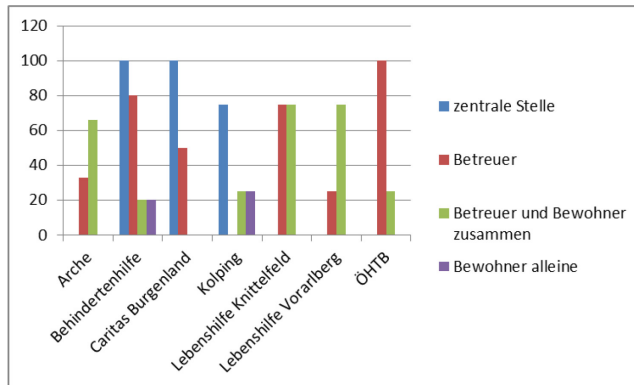
Für den Einkauf zuständig sind in den untersuchten Institutionen folgende Personen oder Personengruppen:



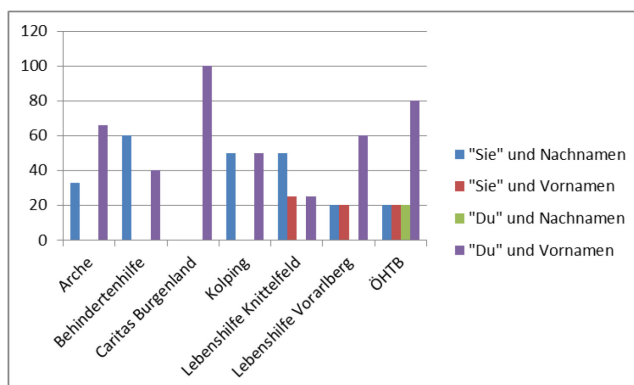
Hier wird ersichtlich, dass in 3 der 7 untersuchten Institutionen Zentralversorgung nach wie vor eine große Rolle spielt. Ist dies nicht der Fall, so sind oftmals die Betreuungspersonen für den Einkauf zuständig. Lediglich die Bewohner der Lebenshilfe Vorarlberg scheinen in jedem Fall am Einkauf beteiligt zu sein, entweder mit einer Betreuungsperson gemeinsam oder oftmals wohl auch gänzlich selbstständig, was sich auch mit dem Grundsatz der Lebenshilfe

Vorarlberg „So viel Selbstständigkeit und Teilhabe wie möglich, so wenig Assistenz und Einrichtung wie nötig“ deckt.

Sehr ähnlich stellt sich die Situation dar, wenn man einen Blick darauf wirft, wer für die Entscheidung, was eingekauft wird, zuständig ist, wie an der folgenden Grafik ersichtlich wird.

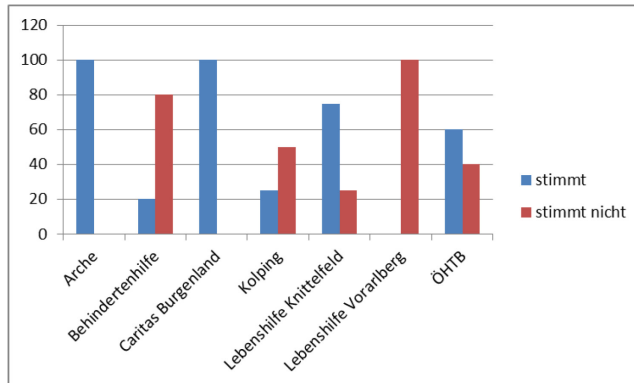


Bezüglich des altersadäquaten Umgangs mit den Bewohnern wurde die Frage gestellt, wie neu eingezogene Bewohner angesprochen werden. Da es sich durchwegs um erwachsene Bewohner handelt, wäre ein vertrautes „Du“ und die Ansprache mit dem Vornamen von Beginn an nicht als altersadäquat zu verstehen.



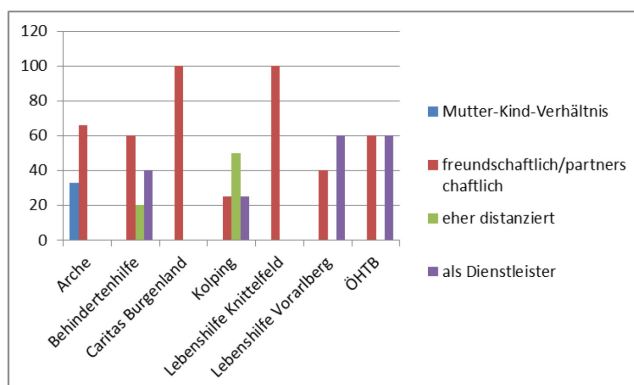
Hier zeigt sich, dass in allen Institutionen zumindest teilweise beziehungsweise von einigen Betreuungspersonen von Beginn an Bewohner mit „Du“ angesprochen werden, bei den Befragten der Caritas Burgenland wurde sogar ausschließlich diese Antwortkategorie gewählt. Am häufigsten mit „Sie“ angesprochen werden die Bewohner der Behindertenhilfe Bezirk Korneuburg, jedoch augenscheinlich auch nicht durchgängig.

Von Befürwortern des Kundenmodells werden stark hierarchische Strukturen häufig kritisiert. Darauf beziehend wurde in den ausgeschickten Fragebögen folgende Frage gestellt: „Ich betrachte mich in der Hierarchie eindeutig als über den Bewohnern stehend“. Hierauf wurde wie folgt geantwortet:



Dabei werden deutliche Unterschiede sichtbar. Während sich alle befragten Betreuungspersonen der Arche Tirol und der Caritas Burgenland in der Hierarchie eindeutig als über den Bewohnern stehend betrachten, ist dies bei den Befragten der Lebenshilfe Vorarlberg gänzlich konträr.

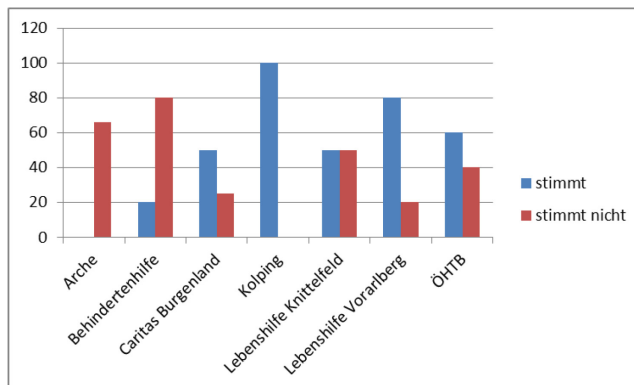
Interessante Ergebnisse lieferte auch die Frage, wie die Betreuungspersonen selbst ihre Beziehung zu den Bewohnern einschätzen würden.



Dabei zeigte sich, dass 100% der befragten Betreuungspersonen, die bei der Caritas Burgenland oder bei der Lebenshilfe Knittelfeld beschäftigt sind, ihre Beziehung als freundschaftlich beziehungsweise partnerschaftlich bezeichnen würden. Weiters fällt bei dieser Tabelle auf, dass 50% der Befragten, die bei Kolping Niederösterreich beschäftigt sind, ihr Verhältnis als eher distanziert beschreiben würden. Hier tritt ein Widerspruch zur Selbstdarstellung der Institution auf, da diese den Bewohnern einen Ort bieten möchte, an dem sie sich zu Hause fühlen können und wo sie einen partnerschaftlichen Umgang erleben dürfen.

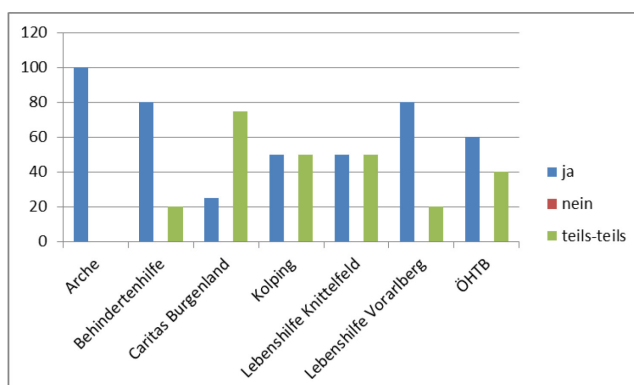
Bereits 60% der befragten Betreuer bei der Lebenshilfe Vorarlberg und beim ÖHTB betrachten sich als Dienstleister gegenüber ihren Bewohnern.

Daran anknüpfend wurden die Probanden auch befragt, ob sie sich vorstellen könnten, zukünftig in erster Linie den Anweisungen und Wünschen der Bewohner folgend ihren Dienst zu verrichten, wenn sich die Rahmenbedingungen dementsprechend ändern würden. Hier die Ergebnisse:



Überraschend ist hierbei, dass alle Befragten, die bei Kolping Niederösterreich beschäftigt sind, sich dies sehrwohl vorstellen können. Gänzlich anders verhält es sich bei der Arche Tirol. Hier konnte bezüglich dieser Vorstellung keine Zustimmung erreicht werden.

Zuletzt wurden die Probanden noch nach ihrer Arbeitszufriedenheit befragt, da diese ebenfalls Auswirkungen auf die Wohnqualität von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung hat.



Hierbei zeigte sich, dass keiner der Befragten in seinem Beschäftigungsverhältnis eindeutig unzufrieden war. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass alle Befragten der Arche Tirol angaben, zufrieden zu sein, wohingegen die Angaben der Befragten aus den anderen Institutionen durchwachsen waren. Auffallend viele der

Befragten, die nur teilweise zufrieden sind, finden sich bei der Caritas Burgenland wieder.

Nachdem nun die Ergebnisse bezüglich der einzelnen Institutionen wiedergegeben wurden, soll das nächste Kapitel dazu dienen, erste Hinweise darauf zu geben, ob Unterschiede dahingehend sichtbar werden, die in einer Verbindung mit den in den jeweiligen Institutionen verwendeten Begriffen stehen.

## **14. Auswertung der Ergebnisse (begriffsspezifisch)**

Die Befragung gliederte sich in die drei Bereiche Normalisierung von Lebensbedingungen, Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner und Orientierung am Kundenmodell. Zum Komplex „Normalisierung von Lebensbedingungen“ wurden 19 Fragen gestellt, der Bereich „Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner“ wurde mit Hilfe von 17 Fragen erhoben, die „Orientierung am Kundenmodell“ sollte an Hand von 15 Fragestellungen geklärt werden.

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, ob es hier signifikante Unterschiede in den drei Teilbereichen gibt, die abhängig von den verwendeten Begriffen sind oder ob gegebenenfalls auftretende Differenzen durch andere Variablen zu erklären sind.

Alle getroffenen Aussagen beziehen sich natürlich lediglich auf die Ergebnisse der von mir durchgeführten Untersuchung und stellen keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit.

### **14.1 Anvertrauter**

„Anvertraute“ leben meiner Untersuchung zu Folge unter sehr normalisierten Bedingungen. In 14 von 19 Bereichen wird die Forderung nach normalisierten Lebensbedingungen gut umgesetzt. Die Gruppen sind gemischtgeschlechtlich aufgebaut, Feste, wie Weihnachten, Geburtstage, etc. werden gefeiert, die Anvertrauten dürfen Besuch empfangen, wenn sie das möchten und dieser darf sich auch im Zimmer des Anvertrauten aufhalten, auch wenn es sich um gegengeschlechtlichen Besuch handelt.

Die Anvertrauten haben sowohl mit der Wohngruppe, als auch mit der Tagesstätte die Möglichkeit, Urlaubsreisen zu unternehmen und sie dürfen am Wochenende morgens so lange schlafen, wie sie dies möchten.

Den Anvertrauten ist es gestattet, auf Festen Alkohol zu konsumieren, was meiner Auffassung nach „normalen“ Lebensbedingungen entspricht und auch der Umsetzung der Forderung nach altersgemäßer Behandlung entgegenkommt. So gab auch nur ein Proband an, sich gelegentlich dabei zu ertappen, die



Anvertrauten wie Kinder zu behandeln. Anvertraute könnten auch, wenn dies ihr Wunsch ist, gleichgeschlechtliche Partnerschaften eingehen, genauso, wie dies heute für Menschen ohne Beeinträchtigung in unserer Gesellschaft möglich ist.

Nicht eindeutig zu klären war die Frage nach dem ausschließlichen Vorhandensein von Einzelzimmer, da drei der Befragten angaben, dass nicht alle Anvertrauten über ein Einzelzimmer verfügen würden, zwei waren hingegen anderer Meinung.

Positiv zu vermerken ist, dass alle Anvertrauten eine Tagesstruktur besuchen sollen, wobei es hier von Person zu Person unterschiedlich ist, wo sich diese Tagesstruktur befindet, was impliziert, dass nicht unbedingt für alle Anvertrauten der geforderte tägliche Milieuwechsel unbedingt stattfindet.

Eine klare Linie war auch nicht ersichtlich bei der Beantwortung der Frage, wie Anvertraute angesprochen werden, wenn diese erst neu eingezogen sind. Altersgemäß wäre es, Erwachsene, die man erst seit kurzer Zeit kennt, mit „Sie“ und dem Nachnamen anzusprechen. Hier verhält es sich jedoch so, dass zwei Betreuer die Anvertrauten von Beginn an mit „Du“ und dem Vornamen ansprechen. Werden die Anvertrauten jedoch fremden Personen vorgestellt, so werden sie von 4 Betreuern dieser Person mit dem Nachnamen vorgestellt, was wiederum positiv zu vermerken wäre.

Als hemmend könnte hier die Gruppengröße angesehen werden, die durchgängig mit „12 Personen“ angegeben wurde. Dies entspricht zwar der Empfehlung des Österreichischen Komitees für Sozialarbeit aus dem Jahr 1987, wird allerdings heute bereits als zu groß erachtet. Theunissen etwa empfiehlt eine maximale Gruppengröße von 6 Personen (siehe Kapitel „Wohnen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“). Auch kann es in unserer Gesellschaft nicht als normal erachtet werden, sich eine Wohnung mit 11 anderen Personen zu teilen, ohne in einem verwandtschaftlichen Verhältnis miteinander zu stehen.

In der Kategorie „Selbstbestimmungsmöglichkeiten“ konnte in 10 von 17 Unterbereichen ein hohes Maß an Selbstbestimmung attestiert werden. So ist es etwa den Anvertrauten möglich, ihre Zimmer selbst so zu gestalten, wie sie dies möchten, auch gab die Mehrheit der Befragten an, dass die Anvertrauten ihr Zimmer ebenso mit schwarzer Farbe streichen könnten, wenn sie dies gerne möchten.

Unklarer stellt sich die Situation bei der Gestaltung der Gemeinschaftsräume dar. Zwei befragte Betreuungspersonen gaben an, dass die Betreuer alleine über die Gestaltung entscheiden würden, drei hingegen proklamierten, dass dies in Absprache mit den Bewohnern geschehen würde.

Unklar blieb auch, wer für den Einkauf täglicher Gebrauchsgüter zuständig ist. Hier scheint es keine eindeutige Regelung zu geben. Es wurde allerdings die Tendenz sichtbar, dass sowohl für den Einkauf selbst, als auch für die Entscheidung, was konkret gekauft wird, eine zentrale Stelle zuständig ist, was die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Anvertrauten erheblich einschränkt.

Die Anvertrauten verfügen zumindest teilweise über einen Zimmerschlüssel, allerdings nicht über einen Haustürschlüssel. Auffällig war auch, dass Betreuer vor dem Betreten des Zimmers der Anvertrauten zwar kurz anklopfen, dies aber bei 4 von 5 Betreuern zu einer „leeren Geste“ mutiert sein dürfte, da sie nicht auf ein „Herein“ oder ähnliches des Anvertrauten warten, bevor sie das Zimmer betreten. Positiv vermerkt muss in diesem Zusammenhang jedoch werden, dass keiner der Befragten ein Problem damit hat, wenn der Anvertraute nicht möchte, dass sein Zimmer betreten wird.

Alle Anvertrauten verfügen über ein Taschengeld, über das sie frei verfügen dürfen. Auch beim Einkauf von Bekleidung wird den Anvertrauten das Recht auf Selbstbestimmung zugesprochen.

Es gibt in dieser Institution keine verpflichtenden Freizeitaktivitäten. Auch Nicht-Teilnahme an einem Angebot ist Selbstbestimmung.

Nicht eindeutig abklärbar war die Frage nach der Möglichkeit, in Bezug auf die Menschen, die einem täglich umgeben, mitzubestimmen. Zwei von fünf Betreuern attestierten den Anvertrauten ein Mitspracherecht beim Einzug neuer Mitbewohner.

Wesentlich verbunden mit Selbstbestimmungsrechten sind auch die Abkehr von Überbehütung und das Eröffnen der Möglichkeiten für den Betroffenen, Erfahrungen selbst zu sammeln. Dies ist Anvertrauten offenbar möglich. Es werden zwar zuvor Gespräche geführt, in denen die möglichen Konsequenzen des Handelns bereits erörtert werden, danach ist es dem Anvertrauten jedoch möglich, seine Erfahrungen selbst zu sammeln, wenn er dies möchte.

Die Betreuungspersonen sind insgesamt sehr bemüht, Zeit für Gespräche mit den Anvertrauten zu finden, was wohl notwendige Voraussetzung für das Erkennen

von Wünschen und Bedürfnissen des Gegenübers ist. Zudem versuchen die Betreuer nach eigenen Angaben häufig, Alternativen anzubieten, aus denen die Anvertrauten frei wählen können.

Auch wenn sich die untersuchte Institution vom Begriff des „Kunden“ distanziert, entspricht sie in 9 von 15 Punkten dem „Kunden- bzw. Dienstleistungsmodell“. So wird etwa versucht, Wünsche nach bestimmten Freizeitaktivitäten zu erfüllen und 4 von 5 Betreuungspersonen gaben an, mit den Anvertrauten etwa auch einen von ihnen ausgesuchten Film im Kino zu besuchen, auch wenn er ihn selbst nicht sehen möchte, was als starke Orientierung am „Kunden“ verstanden werden kann. 4 von 5 der Untersuchten gaben auch an, sich in der Hierarchie nicht eindeutig als über den Anvertrauten stehend zu sehen, diametral dazu ist es jedoch für 3 der Befragten sehrwohl wichtig, für die Anvertrauten als Autoritätsperson zu gelten. Zwei Betreuer gaben konkret an, sich als Dienstleister gegenüber den Anvertrauten zu sehen, allerdings kann sich nur ein Befragter vorstellen, in seiner Arbeit in erster Linie den Anweisungen und Wünschen der Anvertrauten zu folgen, wenn die Rahmenbedingungen dies erlauben würden.

Dem Dienstleistungsmodell entsprechend gaben 4 von 5 Betreuern an, dass Betreuungs- und Förderpläne gemeinsam mit den Anvertrauten erstellt werden. Zudem gibt es eine Instanz für die Anvertrauten, an die sie sich wenden können, wenn Gründe für Beschwerden auftreten.

## **14.2 Bewohner**

Zum Begriff des Bewohners wurden 7 ausgefüllte Fragebögen zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 70% entspricht.

Die Forderung nach normalisierten Lebensbedingungen wird für Bewohner nur in 11 von 19 untersuchten Teilbereichen umgesetzt.

Bewohner wohnen zwar in Städten oder Dörfern (sind also gemeindenah angesiedelt) und verfügen weitgehend über Einzelzimmer, die Gruppengrößen, die sich zwischen 6 und 9 Personen bewegen, sind jedoch – folgt man den Empfehlungen von Theunissen – bereits grenzwertig. Die Gruppen sind allerdings durchwegs gemischtgeschlechtlich aufgebaut, was einem angemessenen Kontakt zwischen den Geschlechtern entspricht.

Alle Bewohner besuchen tagesstrukturierende Maßnahmen, wobei dies jedoch für Bewohner nicht zwangsläufig einen Milieuwechsel nach sich zieht, da alle der 7 Befragten angaben, dass der Ort, an dem sich diese Maßnahme befindet, von Bewohner zu Bewohner unterschiedlich ist, was den unmittelbaren Nahbereich zur Wohnung miteinschließt.

Die Forderung nach Umsetzung eines normalen Jahresablaufs wird für Bewohner zur Gänze erfüllt. Feste wie Geburtstage und Weihnachten werden gemeinsam gefeiert, ebenso finden regelmäßige Urlaubsfahrten statt.

Alle Bewohner dürfen Besuch empfangen, welcher sich auch im Zimmer des Gastes aufhalten darf, unabhängig davon, welchem Geschlecht der Gast zugehörig ist.

Bewohner verfügen jedoch nur eingeschränkt über das Recht, über Zubettgeh- und Aufsteh-Zeiten selbst zu entscheiden. Nur 4 von 7 Betreuungspersonen gaben an, dass die Bewohner am Wochenende so lange schlafen dürfen, wie sie dies gerne möchten. Noch drastischer zeigt sich diese Einschränkung bei den Zubettgeh-Zeiten. Hier gaben 5 der Befragten an, dass die Bewohner nicht selbst entscheiden könnten, wann sie abends zu Bett gehen würden.

Bewohner erfahren zudem nicht immer eine altersadäquate Behandlung seitens ihrer Betreuungspersonen. So gaben sechs der sieben Befragten an, neue Bewohner von Beginn an mit einem vertrauten „Du“ und dem Vornamen anzusprechen. Auch wenn Bewohner einer fremden Person vorgestellt werden sollen, geschieht dies nicht in altersangemessener Weise, da sie von 6 Befragten mit dem Vornamen vorgestellt werden. Dennoch geben nur 2 der befragten Betreuungspersonen an, sich manchmal dabei zu ertappen, die Bewohner wie Kinder zu behandeln. Dies spiegelt sich auch dann wieder, wenn angegeben wird, dass es Bewohnern außerhalb der Einrichtung gestattet ist, (in Maßen) Alkohol zu konsumieren.

Eine Einschränkung ihrer Rechte finden Bewohner jedoch bereits dann wieder, wenn sie den Wunsch nach einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft verspüren. Hier gaben drei der Befragten an, dass dies in der Institution, in der sie tätig sind, nicht toleriert werden würde.

Über volle Möglichkeiten der Selbstbestimmung verfügen Bewohner nur in 7 von 17 Bereichen. So dürfen sie zwar ihre Zimmer so gestalten, wie sie dies möchten, auch wenn drei der Befragten angaben, dass extreme Veränderungen, wie das

Ausmalen mit schwarzer Farbe, in ihrer Institution nicht möglich wäre, bei der Gestaltung von Gemeinschaftsräumen hingegen verhält es sich wieder anders. 2 der Befragten gaben an, dass diese Entscheidung von einem Vorgesetzten getroffen würde, in 3 Fällen entscheiden Betreuer darüber, ebenso gaben drei Probanden an, dass dies gemeinsam mit den Bewohnern geschehen würde.

Mitbestimmungsrechte werden Bewohnern auch im Hinblick auf den Einkauf von Gütern des täglichen Gebrauchs oft verwehrt. Die Einkäufe werden durchgängig von einer zentralen Stelle oder den Betreuern getätigt. Die Entscheidung darüber, was eingekauft werden soll, findet nur selten in Absprache mit den Bewohnern statt.

Auch die Möglichkeit, die Privatsphäre ihres Zimmers mit Hilfe eines Zimmerschlüssels zu unterstreichen bzw. zu gewährleisten, wird Bewohnern nur zum Teil zugestanden. 4 der Befragten gaben an, dass die Bewohner über keinen eigenen Zimmerschlüssel verfügen würden. Zudem zeigte sich, dass 3 der befragten Betreuer zwar vor Betreten des Zimmers eines Bewohners kurz anklopfen würden, danach aber sofort das Zimmer betreten, ohne auf zustimmendes Verhalten des Bewohners zu warten. Auffallend war auch, dass 2 der Befragten es nicht akzeptieren können, wenn der Bewohner nicht möchte, dass sie das Zimmer betreten, was meines Erachtens – außer in Notsituationen – eine grobe Verletzung der Privatsphäre darstellt.

Die Möglichkeit, das Haus zu verlassen und wieder zurückzukehren, wann immer sie dies möchten, wird den meisten Bewohnern ebenso verwehrt. Nur zwei Betreuer gaben an, dass die Bewohner über einen eigenen Haustürschlüssel verfügen. Die Gründe hierfür müssen in dieser Untersuchung dahingestellt bleiben und wären sicher diskussionswürdig.

Volle Selbstbestimmungsmöglichkeiten erfahren Bewohner jedoch in Bezug auf ihr Taschengeld. Hier wurde einstimmig angegeben, dass sie dieses nach freien Wünschen ausgeben können. Sechs der Befragten gaben zudem an, dass die Bewohner bei Kleidungseinkäufen dabei wären, was bedeutet, dass sie diesbezüglich zumindest ein Mitbestimmungsrecht haben.

Keinerlei Mitspracherechte haben Bewohner bezüglich der Wahl ihrer Mitbewohner. Zudem werden Bewohner teilweise „überbehütet“, ihnen wird das Recht, selbst Fehler zu machen, zum Teil wohl abgesprochen. So gaben 4 der Befragten an, sie würden weitere Treffen unterbinden, wenn sie das Gefühl hätten,

eine erwachsene Bewohnerin würde von einem älteren Mann sexuell und finanziell ausgenutzt werden (Anm.: hierbei ist definitiv von „ausnützen“ die Rede, nicht von „missbrauchen“. Als potentielle Antwortalternative stand etwa auch folgende zur Verfügung: „Ich spreche mit der Bewohnerin über ihre Beziehung, um herauszufinden, ob meine Befürchtungen berechtigt sind und erzähle ihr von meinem Verdacht. Wenn sie dennoch in dieser Beziehung bleiben möchte, kann ich es auch nicht ändern“).

Positiv vermerkt werden soll noch der Umstand, dass sich alle Betreuer Zeit für Gespräche nehmen und stets bemüht sind, den Bewohnern mehrere Alternativen anzubieten, aus denen sie wählen können, was der Erlernung und Ausübung von Selbstbestimmung sehr dienlich ist.

Forderungen, wie sie von Befürwortern des Kundenmodells proklamiert werden, werden für Bewohner nur in 5 fünf 15 Punkten umgesetzt.

Bewohner haben etwa kein Mitspracherecht bei der Neueinstellung von Betreuungspersonen und können auch ihren Bezugsbetreuer nicht frei wählen. Bei der Erstellung von Betreuungs- und Förderplänen werden sie nicht miteinbezogen. Es wurde von den Befragten auch einstimmig angegeben, dass Entscheidungen teilweise vom Team oder von der Leitung für die Bewohner (anstatt mit ihnen) getroffen werden, da sie besser wüssten, was gut für sie sei. So verwundert es auch nicht, dass alle Befragten angaben, sich in der Hierarchie eindeutig über den Bewohnern zu sehen. Drei der Befragten gaben jedoch an, dass es für sie nicht wichtig sei, für die Bewohner als Autoritätsperson zu gelten.

Sechs der befragten Betreuer gaben an, ein freundschaftliches oder partnerschaftliches Verhältnis zu den Bewohnern zu haben, einer gab an, die Beziehung eher als Mutter-Kind-Verhältnis zu sehen. Zwei der Probanden könnten sich durchaus vorstellen, zukünftig in erster Linie den Anweisungen und Wünschen der Bewohner folgend ihren Dienst zu verrichten, drei negierten dies, zwei beantworteten diese Frage nicht.

Es wird jedoch bereits heute versucht, auf die Wünsche der Bewohner nach bestimmten Freizeitaktivitäten einzugehen, die Bewohner haben Kenntnisse über Beschwerdeinstanzen und alle Befragten haben das Gefühl, dass die Bewohner keine Scheu hätten, ihnen ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen.

### 14.3 Klient

Zum Begriff des Klienten wurden insgesamt 9 Personen befragt. Dabei zeigte sich, dass Klienten unter sehr normalisierten Bedingungen wohnen können. Die in die Untersuchung miteinbezogenen Klienten wohnen am Rande der Stadt in gemischtgeschlechtlichen Gruppen und besuchen eine tagesstrukturierende Maßnahme. Das Jahr bekommt durch gemeinsame Feiern wie Weihnachten, Geburtstage etc. Struktur. Klienten wird auch die Möglichkeit geboten, auf Urlaub zu fahren. Es werden sowohl von der Wohngruppe selbst, als auch meist von den Tagesstätten Urlaube angeboten. Viele treten auch gemeinsam mit Verwandten Urlaubsreisen an. Die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung dürfen in diesen Einrichtungen Besuch empfangen und sich gemeinsam mit diesem dort aufhalten, wo sie das gerne möchten, auch wenn es sich um gegengeschlechtlichen Besuch handelt.

Klienten können den Zeitpunkt, zu dem sie abends zu Bett gehen, selbst wählen, am Wochenende verhält es sich mit dem Zeitpunkt des Aufstehens ebenso. Die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung besuchen auch Veranstaltungen und Lokale in ihrer Wohnumgebung, wo es ihnen dann auch gestattet ist, Alkohol zu konsumieren. Möchten Klienten eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft eingehen, so würde dies toleriert werden.

Ungünstig in Bezug auf die Umsetzung des Normalisierungsprinzips ist die Tatsache, dass Klienten nicht durchgängig über Einzelzimmer verfügen und sich die besuchte Tagesstruktur zum Teil im selben Gebäude befindet wie der Wohnbereich, was keinen täglichen Milieuwechsel zwingend erforderlich macht. Auch der altersadäquate Umgang mit Klienten ist nicht immer gegeben. Drei der neun Befragten gaben an, die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung manchmal wie Kinder zu behandeln und sechs Betreuungspersonen gaben an, auch neu eingezogene Klienten sofort mit „Du“ und dem Vornamen anzureden. Alle Befragten gaben aber an, den Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung einer fremden Person mit dem Nachnamen vorzustellen.

Nicht optimal sind weiters die Größen der Wohngruppen, die bei Klienten zwischen 10 und 12 Personen liegt.

Als sehr hoch sind auch die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Klienten einzuschätzen. Sie können ihre Zimmer so gestalten, wie sie das gerne möchten,

in den meisten Fällen auch dann, wenn es sich um außergewöhnliche Wünsche handelt. Klienten haben auch ein Mitbestimmungsrecht bezüglich der Gestaltung von Gemeinschaftsräumen.

Klienten verfügen zum Großteil über eigene Zimmer- und Haustürschlüssel, was sowohl ein Gefühl von Privatsphäre schafft, als auch Freiheiten mit sich bringt, sowie etwa die Möglichkeit, spät nachts heimzukommen, wenn bereits alle anderen schlafen. Der Wunsch nach Privatsphäre wird auch von allen befragten Betreuungspersonen gut akzeptiert.

Klienten sind beim Einkauf von Kleidung dabei und können somit selbst auswählen, was sie gerne kaufen möchten. 6 der Befragten gaben auch, dass die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung über ihr Taschengeld selbstbestimmt verfügen dürfen.

Klienten werden nicht überbehütet, sondern haben die Möglichkeit, selbst Fehler zu machen und aus diesen zu lernen. Zudem sind alle befragten Betreuungspersonen sehr bemüht, mehrere Alternativen anzubieten, aus denen die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung dann wählen können.

Eingeschränkt sind die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Klienten in Bezug auf Einkäufe des täglichen Bedarfs. Diese werden häufig von einer zentralen Stelle oder einem Betreuer getätigt. Die Entscheidung, was eingekauft wird, obliegt meist den Betreuungspersonen. Zudem haben Klienten keinerlei Mitspracherecht bezüglich der Wahl ihrer Mitbewohner.

Klienten bekommen nur wenig „Kundenrechte“ zugesprochen. Sie haben kein Mitspracherecht bezüglich der Auswahl ihrer Betreuungspersonen und können auch ihren Bezugsbetreuer nicht frei wählen. Entscheidungen werden zum Teil für sie, nicht mit ihnen getroffen, da sich Betreuer oder Leiter als Experten betrachten. So ist es auch für 6 der befragten Betreuer wichtig, für die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als Autoritätsperson zu gelten und 4 gaben an, sich in der Hierarchie eindeutig über den Klienten stehend zu sehen. Dennoch gaben 4 Probanden konkret an, sich als „Dienstleister“ gegenüber den Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu sehen.

Positiv muss vermerkt werden, dass alle Befragten versuchen, auf den Wunsch nach einer bestimmten Freizeitaktivität einzugehen. Auch werden Betreuungs- und Förderpläne durchwegs mit den Klienten gemeinsam erstellt. Diese wissen auch, an wen sie sich bei Beschwerden wenden könnten.



7 von 9 Befragten gaben auch an, sich vorstellen zu können, in ihrer Tätigkeit in erster Linie nach den Aufträgen der Klienten zu richten, wenn sich die Rahmenbedingungen diesbezüglich grundlegend ändern würden.

#### **14.4 Kunde**

Kunden von österreichischen Wohninstitutionen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung finden in 12 von 17 Teilbereichen sehr normalisierte Bedingungen vor.

Sie wohnen in gemischtgeschlechtlichen Gruppen, feiern Feste des Jahreskreises, dürfen Besuch von Freunden empfangen und sich mit diesen dort aufhalten, wo sie das gerne möchten und besuchen tagesstrukturierende Maßnahmen. Kunden dürfen am Wochenende so lange schlafen, wie sie gerne möchten und entscheiden in den meisten Fällen auch selbst darüber, wann sie abends zu Bett gehen. Es ist ihnen in der überwiegenden Zahl der Fälle gestattet, außerhalb der Einrichtung Alkohol zu trinken. Zudem werden in diesen Einrichtungen durchwegs gleichgeschlechtliche Partnerschaften akzeptiert.

Rückschlüsse auf bauliche Gegebenheiten lässt der Begriff des Kunden jedoch nicht zu. Die Einrichtungen befinden sich sowohl am Rande der Stadt, als auch im Dorf, ebenso wie in Einzellage. Zudem verfügen nicht alle Kunden über Einzelzimmer. Die Gruppen, in denen Kunden leben, sind ebenfalls von sehr unterschiedlicher Größe. Die kleinste Gruppe bestand aus 5, die größte aus 22 Mitgliedern.

Einheitliche Ergebnisse erbrachte die Befragung auch nicht in Hinblick auf den Ort der besuchten Tagesstruktur. Kunden besuchen ebenso tagesstrukturierende Maßnahmen, die sich im selben Haus wie der Wohnbereich befinden, als auch solche, die in größerer Entfernung zu diesem vorzufinden sind. Der empfohlene tägliche Milieuwechsel findet also nicht für alle Kunden statt.

Unklar bleibt die Situation auch in Bezug auf die altersgemäße Behandlung von Kunden. 5 der Befragten gaben an, neue eingezogene Kunden mit „Sie“ anzusprechen, 4 hingegen gebrauchen von Beginn an das vertraute „Du“ im Umgang mit den Kunden. Ebenso verhält es sich dann, wenn Kunden fremden Personen vorgestellt werden. 4 Betreuungspersonen stellen den Kunden mit

dessen Vornamen vor, 5 hingegen geben den Nachnamen des Kunden an. 3 von 9 Befragten ertappen sich auch manchmal dabei, die Kunden wie Kinder zu behandeln.

Die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Kunden können im Vergleich mit den anderen Gruppen als durchschnittlich bezeichnet werden. Sie können ihre Zimmer so gestalten, wie sie dies gerne möchten, auch, wenn es sich dabei um ungewöhnliche Gestaltungsvarianten handelt und verfügen über eigene Zimmerschlüssel. Die befragten Betreuungspersonen können es durchwegs gut akzeptieren, wenn die Kunden es nicht möchten, dass sie ihr Zimmer betreten. Kunden dürfen ihr Taschengeld nach eigenen Interessen ausgeben und sind beim Einkauf von Kleidung in den Geschäften mit anwesend, was Mitspracherechte vermuten lässt.

Differenzierter betrachtet werden muss die Möglichkeit der Selbst- oder Mitbestimmung der Kunden in Bezug auf den Einkauf von Gütern des täglichen Bedarfs. In 4 von 9 Fällen wird dieser von den Betreuern getätigt, wobei in der Mehrheit der Fälle die Kunden mitentscheiden, welche Dinge gekauft werden sollen.

Die Möglichkeit, selbst Fehler zu machen und aus diesen zu lernen, steht noch nicht allen Kunden offen. 2 der Befragten würden es dem Kunden verbieten, mit Kleidung, mit der er sich offensichtlich lächerlich macht, die Einrichtung zu verlassen und 3 Probanden gaben an, weitere Treffen zwischen einer jungen Kundin und einem älteren Herren zu verhindern, wenn sie das Gefühl hätten, der Mann würde die junge Frau ausnützen.

Institutionen, die ihre Adressaten als „Kunden“ bezeichnen, setzen die Forderungen des Kundenmodells in der Tat in überdurchschnittlich vielen Punkten um. So werden etwa mehrheitlich Betreuungs- und Förderpläne mit den Kunden gemeinsam erstellt. Auch Beschwerdeinstanzen für Kunden sind diesen bekannt. Auf die Wünsche der Kunden in Bezug auf Freizeitaktivitäten wird eingegangen und – was besonders auffallend war – 6 von 9 Befragten gaben an, sich in der Hierarchie nicht eindeutig als über den Kunden stehend zu sehen. 7 der befragten Betreuungspersonen gaben auch an, dass es für sie nicht wichtig sei, für die Kunden als Autoritätsperson zu gelten.

3 Probanden gaben an, sich als „Dienstleister“ gegenüber den Kunden zu betrachten und 6 stimmten zu, sich in Zukunft vorstellen zu können, in erster Linie nach den Anweisungen und Wünschen der Kunden zu handeln.

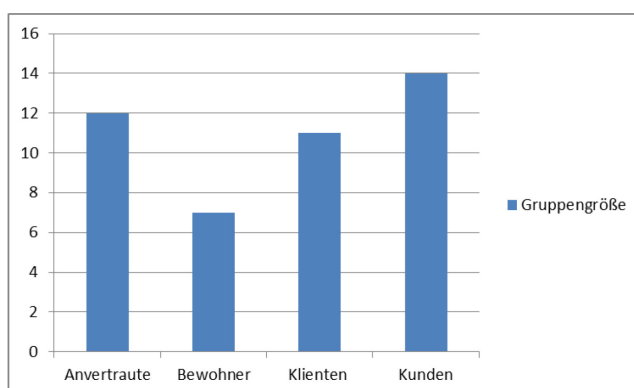
In Bezug auf Personalentscheidungen haben Kunden heute jedoch noch kaum Mitbestimmungsrechte. Sie dürfen zwar zum Teil wählen, wer ihr Bezugsbetreuer sein soll, wenn es jedoch darum geht, neues Personal einzustellen, werden Kunden noch nicht miteinbezogen.

In 6 von 9 Fällen werden Entscheidungen nach wie vor über die Köpfe der Kunden hinweg getroffen, da sich Leitungs- oder Betreuungspersonen noch immer als „Experten“ sehen.

## 14.5 Vergleich

Bevor das nächste Kapitel die Umsetzung des Normalisierungsprinzips, die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und die Orientierung am Kundenmodell insgesamt in den Blick nimmt und diskutiert, möchte sich dieser Abschnitt mit einigen relevanten Ergebnissen einzelner Fragen, so wie sie im Fragebogen gestellt wurden, beschäftigen.

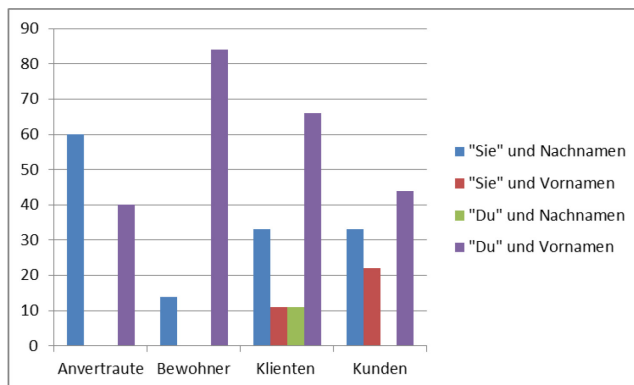
Bereits die Betrachtung der unterschiedlichen Gruppengrößen liefert ein interessantes Bild.



Berechnet man aus den gewonnenen Ergebnissen Durchschnittswerte, so liegen die Gruppengrößen in Institutionen, in denen die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung Kunden genannt werden, bei 14 Personen pro Gruppen, ganz im Gegensatz zu den verhältnismäßig kleinen Gruppen in Institutionen, in denen die

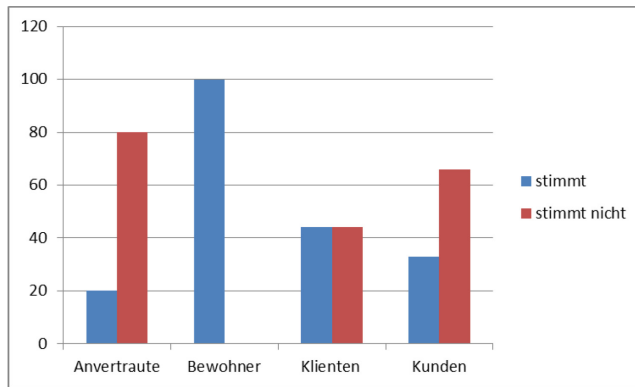
Betroffenen Bewohner genannt werden, wo durchschnittliche Gruppen aus lediglich 7 Personen bestehen.

Betrachtenswert finde ich auch die Ergebnisse der Frage, wie neu in die Institution eingezogene Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vom Betreuungspersonal angesprochen werden. Zum einen kann die Ansprache mit „Du“ und den Vornamen bereits einen ersten Hinweis darauf liefern, dass die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung von den Betreuungspersonen nicht unbedingt als Erwachsene mit entsprechenden Wünschen und Bedürfnissen wahrgenommen und behandelt werden, zum anderen hat die Form der Ansprache meines Erachtens nach auch mit Respekt und Achtung vor dem Gegenüber zu tun.



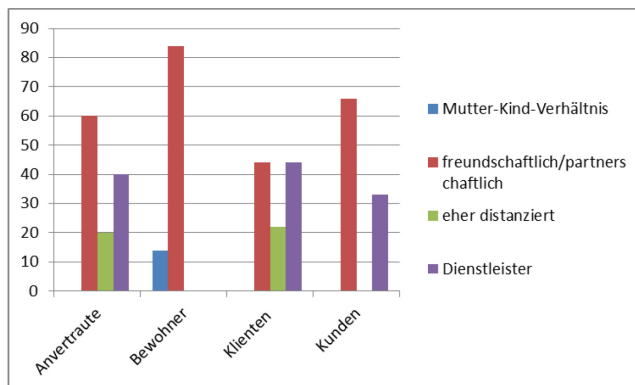
Hier wird deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Menschen, die als Bewohner bezeichnet werden, sofort mit „Du“ und dem Vornamen angesprochen werden, wohingegen 60% der Anvertrauten zunächst mit dem förmlicheren „Sie“ begegnet wird.

Die unterschiedlichen Formen der Ansprache könnten jedoch auch in einem Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung von hierarchischen Strukturen stehen, da die Ansprache einer mir fremden Person mit „Du“ auch dazu geeignet ist, Macht zu demonstrieren. Vergleicht man die eben dargestellten Ergebnisse mit den Ergebnissen der Frage, ob sich die Betreuungspersonen als in der Hierarchie eindeutig als über den Bewohnern stehend sehen, so zeigt sich, dass die eben genannte Vermutung durchaus richtig sein könnte.



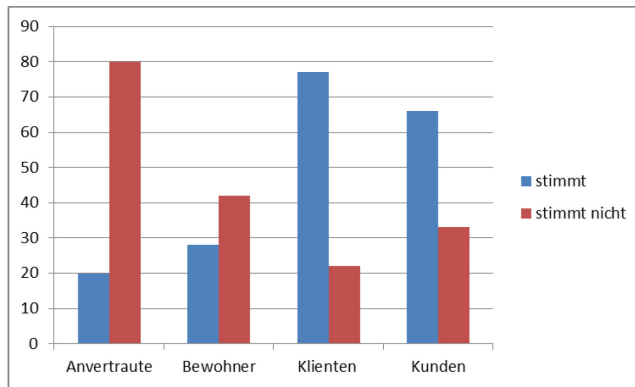
Hier wird deutlich, dass alle der zum Begriff Bewohner Befragten dieser Aussage zustimmten, die Mehrheit der zum Begriff des Anvertrauten Befragten diese Aussage hingegen ablehnten.

In diesem Zusammenhang soll auch nicht unerwähnt bleiben, wie die Betreuungspersonen ihr Verhältnis zu den Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sehen.



Hier ist bemerkenswert, dass sich keiner der zum Begriff des Bewohners Befragten bereits als Dienstleister sieht, wohingegen dies bei den zu den anderen Begriffen Befragten bei 33 – 44% der Fall ist.

Damit nicht korrelierende Ergebnisse lieferte die Frage danach, ob sich die Betreuungspersonen vorstellen könnten, in ersten Linie den Anweisungen und Wünschen der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung folgend ihren Dienst zu verrichten, wenn die Rahmenbedingungen dementsprechend wären.

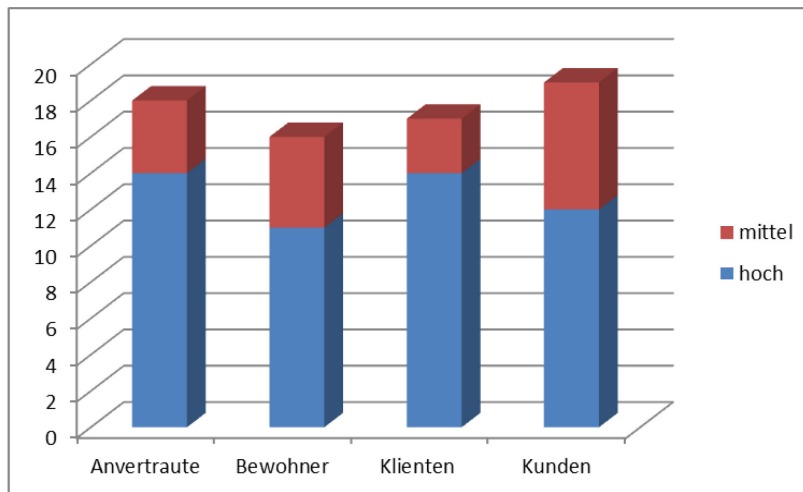


Hier zeigte sich, dass Betreuungspersonen, die in Institutionen, die die Begriffe Kunden oder Klienten verwenden, tätig sind, sich dies deutlich eher vorstellen können als jene, an deren Dienstort die Begriffe Anvertraute oder Bewohner Anwendung finden.

Nachdem nun einige Einzelergebnisse vergleichend dargestellt und diskutiert wurden, werden im nächsten Kapitel die Fragen zu Themenkomplexen zusammengefasst und dahingehend erläutert werden.

## 15. Diskussion der Ergebnisse

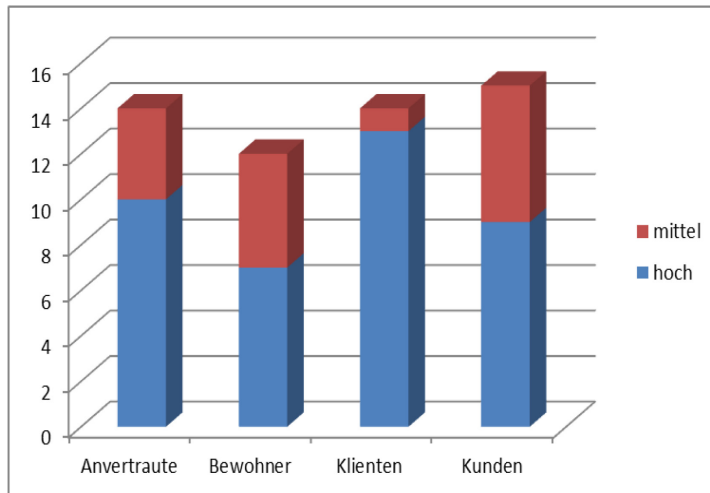
### 15.1 Umsetzung des Normalisierungsprinzips



Wie die Grafik erkennen lässt, werden Unterschiede in der Umsetzung des Normalisierungsprinzips in Bezug auf die jeweils verwendeten Begriffe erkennbar. Eine hohe Umsetzung findet sich bei Anvertrauten und Klienten (14 Teilbereiche), die niedrigste Umsetzung wird bei Bewohnern sichtbar (11 Teilbereiche).

Nimmt man jedoch jene Bereiche, die zwar nicht vollständig, so jedoch zumindest teilweise die Forderungen des Normalisierungsprinzips umsetzen, in die Betrachtung mit hinzu, verschiebt sich dieses Bild zu Gunsten der Kunden. Diese stellen die einzige Gruppe dar, in der keiner der 19 Teilbereiche als eindeutig negativ bewertet wurde. Auch bei dieser Betrachtungsweise erreichen Bewohner den niedrigsten Wert.

## 15.2 Selbstbestimmungsmöglichkeiten

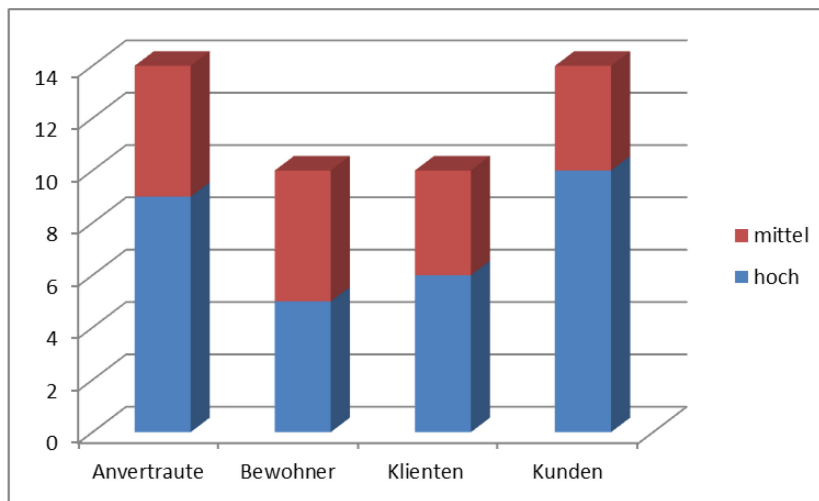


Sehr eindeutige Ergebnisse lieferte die Untersuchung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. So zeigte sich, dass Klienten ein hohes Maß an Selbstbestimmungsrechten zugesprochen wird. Sie haben in 13 von 17 Teilbereichen in einem hohen Maß das Recht, selbst- oder mitzubestimmen. Den niedrigsten Wert (7 von 17) erreichen abermals Bewohner.

Bezieht man wieder den Bereich der mittleren Umsetzung der Forderung nach mehr Selbstbestimmungsmöglichkeiten für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in die Auswertung mit ein, verschiebt sich das Bild zu Gunsten der Kunden. Ihnen wird lediglich in 2 Bereichen keinerlei Mitspracherecht zugestanden.



### 15.3 Orientierung am Kundenmodell



Anhand dieser Grafik wird deutlich, dass sich Institutionen, die die Adressaten ihrer Angebote als „Kunden“ bezeichnen, tatsächlich in ihrer Arbeit am Kundenmodell orientieren. Betrachtet man lediglich jene Teilbereiche, in denen bereits eine hohe Umsetzung des Kundenmodells stattfindet, so zeigt sich, dass jene Institutionen, die den Begriff des „Kunden“ verwenden, hierbei mit 10 Teilbereichen die höchste Umsetzungsrate erfüllen. Bezieht man den Bereich der mittelgradigen Umsetzung mit ein, erkennt man, dass Anvertrauten und Kunden gleichermaßen nach den Forderungen des Kundenmodells begegnet wird.

Die niedrigste Umsetzungsrate findet sich neuerlich bei Bewohnern wieder. Bezieht man die Teilbereiche, in denen zumindest eine mittelgradige Umsetzung bereits stattfindet, mit ein, liegen Bewohner und Klienten gleichauf.

### 15.4 Beantwortung der Forschungsfrage

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich in den unterschiedlichen Bezeichnungen der Adressaten von Institutionen des Wohnens in Österreich tatsächlich veränderte fachliche Zugänge widerspiegeln, wenn auch in verschiedenen Teilbereichen mit unterschiedlichen Ausprägungen.

So muss festgestellt werden, dass diese Untersuchung für „Bewohner“ vergleichsweise niedrige Selbstbestimmungsmöglichkeiten attestiert. Die

fachlichen Zugänge ihrer Betreuungspersonen scheinen von einem lang tradierten „Expertentum“ und einer vermeintlich „wohlwollenden Schutzfunktion“ geprägt zu sein. Bewohner werden zum Teil überbehütet und nicht altersgemäß behandelt. Sie erfahren oft nicht den notwendigen Respekt vor ihrer Privatsphäre und erfahren häufig Einschränkungen durch Vorgaben von Betreuungs- und/oder Leitungspersonen.

„Anvertraute“ leben unter sehr normalisierten Bedingungen. Ihnen wird altersadäquat gegenübergetreten, ihre Privatsphäre wird geschützt. Sie dürfen ihre eigenen Erfahrungen sammeln. Bezüglich der Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten liegen Anvertraute im Vergleich im Mittelfeld. Die Betreuungspersonen verstehen sich teilweise bereits als Dienstleister.

Viele Möglichkeiten der Selbstbestimmung finden „Klienten“ in ihrem Alltag wieder. Zudem wohnen Klienten unter sehr normalisierten Bedingungen. Der Dienstleistungsgedanke findet sich jedoch in Institutionen, die die Adressaten ihrer Angebote als Klienten bezeichnen, erst ansatzweise wieder.

Die höchste Umsetzung des Dienstleistungsgedankens findet sich bei jenen Institutionen wieder, die von den Adressaten ihres Angebots als „Kunden“ sprechen. Hier zeigt sich jedoch in Bezug auf die Umsetzung des Normalisierungsprinzips und die Forderungen nach mehr Selbstbestimmung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eine eher unklare und durchwachsene Situation. Es war nur schwer möglich, mit Hilfe dieser Untersuchung diesbezüglich ein einheitliches Bild zu gewinnen.

## **16. Weitere Ergebnisse**

Neben den bereits dargelegten Ergebnissen, die der unmittelbaren Beantwortung der Forschungsfrage dienten, lieferte diese Untersuchung noch einige Nebenergebnisse, die an dieser Stelle kurz Erwähnung finden sollen.

### **16.1 Auswertung nach Lebensalter der Probanden**

Da einige Fragen konkret auf Einstellungen und innere Haltungen der Probanden abzielten, warf sich die Frage auf, ob diese in Verbindung mit dem Lebensalter der Untersuchten stehen, da Unterschiede im Lebensalter auch ein Aufwachsen unter anderen gesellschaftlichen Bedingungen und veränderte Inhalte in der fachspezifischen Ausbildung bedeuten.

Der erste Unterschied zeigte sich dahingehend, wie neue Bewohner angesprochen werden. In der Gesamtheit gaben 63% an, neue Bewohner mit „Du“ anzusprechen, in der Gruppe der 21- bis 30-jährigen gaben jedoch 83% an, von Beginn an diese vertraute Form der Anrede zu wählen, obwohl gerade in dieser Altersgruppe davon auszugehen ist, dass viele der Bewohner älter sind als die Betreuungspersonen.

Hierbei könnte es einen Zusammenhang mit hierarchisch strukturiertem Denken geben, denn in dieser Altersgruppe gaben 66% der Befragten an, sich in der Hierarchie eindeutig als über den Bewohnern stehend zu sehen, währenddessen dies in den anderen Altersgruppen lediglich von maximal 43% der Befragten angegeben wurde.

Ein vergleichbares Ergebnis lieferte die Frage nach der Wichtigkeit, für die Bewohner eindeutig als Autoritätsperson zu gelten. Dies war für 75% der 21- bis 30-jährigen wichtig, jedoch nur für 27% der Probanden in den übrigen Altersklassen.

In der Gruppe der 41- bis 50-jährigen zeigte sich, dass diese oft nicht unbedingt bereit sind, den Wünschen der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung Folge zu leisten, wenn diese nicht mit den eigenen Interessen deckungsgleich sind. Konkret wurde gefragt, wie sie handeln würden, wenn ein Bewohner ihnen

gegenüber den Wunsch nach einem bestimmten Kinofilm äußert, der sie selbst gar nicht interessiert. Insgesamt gaben 36% der Befragten an, diesen Wunsch an die Kollegenschaft weiterzutragen, verbunden mit der Hoffnung, einer von ihnen möchte diesen Film gerne sehen. In der Gruppe der 41- bis 50-jährigen entschieden sich jedoch 71% für diese Antwort.

Signifikante Unterschiede zeigten sich auch noch bei der Beantwortung der Frage, ob sie sich vorstellen könnten, zukünftig in erster Linie den Wünschen und Anweisungen der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung folgend ihre Tätigkeit zu verrichten, wenn die Rahmenbedingungen dementsprechend wären. Insgesamt gaben 53% der Befragten an, sich dies durchaus vorstellen zu können, in der Gruppe der 20- bis 30-jährigen bejahten diese Frage jedoch 66% der Befragten. Erstaunlich niedrig fiel die Zustimmung zu dieser Vorstellung in der Gruppe der 31- bis 40-jährigen aus. Hier können sich nur 25% der befragten Betreuungspersonen vorstellen, zukünftig dergestalt ihren Dienst zu verrichten.

## **16.2 Gesamtbetrachtung aller untersuchten Institutionen**

Die durchgeführte Untersuchung konnte aufzeigen, dass einige Forderungen bereits in allen untersuchten Institutionen umgesetzt werden. So wird etwa von allen Institutionen erwartet, dass die Bewohner eine tagesstrukturierende Maßnahme besuchen. Nicht nur der Tag, auch das Jahr wird in allen untersuchten Institutionen strukturiert. So ist es üblich, Feste gemeinsam zu feiern und auf Urlaub zu fahren.

Zudem wurde von allen befragten Betreuungspersonen angegeben, dass die von ihnen betreuten Gruppen durchwegs aus Männern und Frauen bestehen, was der Umsetzung der Forderung nach angemessenem Kontakt zwischen den Geschlechtern entspricht. Dem folgend ist es auch allen Bewohnern gestattet, gleich- und gegengeschlechtlichen Besuch zu empfangen und sich mit diesem auch in das eigene Zimmer zurückzuziehen.

Es wird durchgängig versucht, die gewünschten Freizeitaktivitäten der Bewohner gemeinsam umzusetzen, es gibt jedoch in keiner der von mir untersuchten Institutionen verpflichtende Freizeitaktivitäten.

In allen untersuchten Einrichtungen ist das Bezugsbetreuersystem implementiert. Für alle der befragten Betreuungspersonen dürfte ein gutes Verhältnis zu den Bewohnern einen hohen Stellenwert genießen. Alle gaben an, sich möglichst viel Zeit für Gespräche zu nehmen. Sie denken, dass die Bewohner ihnen vertrauen und keine Scheu haben, ihnen Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen. Alle Probanden gaben an, möglichst oft mehrere Alternativen anzubieten, aus denen dann die Bewohner frei wählen können.

Weiters gaben alle von mir befragten Betreuungspersonen an, mindestens einmal jährlich an Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen.

## Schluss

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass mit den unterschiedlichen Begriffen sehrwohl unterschiedliche fachliche Zugänge verknüpft sind, diese jedoch nicht dahingehend bewertet werden können, dass bestimmte Begriffe eine bestimmte Betreuungsqualität implementieren. Vielmehr könnte der Eindruck entstehen, dass mit unterschiedlichen Begriffen unterschiedliche Vorstellungen dahingehend verbunden sind, welche Teilbereiche der aktuellen Forderungen in Bezug auf Wohnen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung mit besonderer Priorität versehen werden und somit am Beginn des derzeit stattfindenden Veränderungsprozesses umgesetzt werden.

Bedacht werden muss, dass Veränderungen Zeit brauchen, unabhängig davon, ob es sich dabei um Veränderungen der Infrastruktur oder um Modifikationen von Einstellungen und Haltungen handelt. Diese Untersuchung ist als Momentaufnahme zu verstehen und sollte nicht dahingehend verwendet werden, einzelne Institutionen zu diskreditieren. Vielmehr sollte sie aufzeigen, dass zum Teil unterschiedliche Schwerpunkte in den Institutionen gesetzt werden, es hierbei allerdings nicht möglich ist, diese einer Wertung zuzuführen, da es „die richtige Form der Betreuung“ nicht gibt und die Mehrheit der aktuellen Konzeptionen keineswegs durchgängig befürwortet werden. Ob etwa eine verstärkte Orientierung am Kundenmodell für die Qualität der Betreuung förderlich oder hinderlich ist, soll in dieser Arbeit dem Urteil des Lesers überlassen werden.

## Literaturverzeichnis

Antor, Georg/Bleidick, Ulrich (1995): Recht auf Leben – Recht auf Bildung: Aktuelle Fragen der Behindertenpädagogik. Heidelberg: Edition Schindele

Antor, Georg/Bleidick, Ulrich (Hrsg.) (2006): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer

Arche (2012). Online im WWW unter URL: [www.arche-tirol.at](http://www.arche-tirol.at) [14.01.2012]

Atteslander, Peter (2000): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin, New York: de Gruyter

Baader, Gerhard (2007): Eugenische Programme in der sozialistischen Parteienlandschaft in Deutschland und Österreich im Vergleich. In: Baader/Hofer/Mayer (Hrsg.) (2007), S. 66 - 139

Baader, Gerhard/Hofer, Veronika/Mayer, Thomas (Hrsg.) (2007): Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900 – 1945. Wien: Czernin Verlag

Bach, Heinz (1996): Hilfe zur Selbstbestimmung als kalkuliertes Risiko. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.) (1996), S. 66 – 69

Bach, Heinz (2001): Pädagogik bei mentaler Beeinträchtigung: Revision der Geistigbehindertenpädagogik. Bern: Haupt

Bachmann, Walter (1985): Das unselige Erbe des Christentums: Die Wechselbälge – Zur Geschichte der Heilpädagogik. Fulda: Fuldaer Verlagsanstalt

Bächthold, Andreas (1990): Gedanken zur Gestaltung der Lebenssituation geistigbehinderter Menschen. In: Böker, Wolfgang/Brenner, Hans D. (Hrsg.)

(1990): Geistigbehinderte [Geistig Behinderte] in psychiatrischen Kliniken: neue Tendenzen und Konzepte. Bern: Huber, S. 23 - 34

Barsch, Sebastian/Bendokat, Tim (2002): Political Correctness in der Heilpädagogik. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 11 (2002), S. 451 - 455

Beck, Iris (1994): Neuorientierung in der Organisation pädagogisch-sozialer Dienstleistungen für behinderte Menschen: Zielperspektiven und Bewertungsfragen. Frankfurt am Main: Lang

Beck, Iris (2006): Normalisierung. In: Antor/Bleidick (Hrsg.) (2006), S. 105 - 108

Beck, Iris (2006): Wohnen. In: Antor/Bleidick (Hrsg.) (2006), S. 386 – 389

Behindertenhilfe (2012). Online im WWW unter URL: [www.behindertenhilfe.at](http://www.behindertenhilfe.at) [14.01.2012]

Berger, Ernst (2010): Kundinnenzufriedenheit – was heißt das in der Behindertenpädagogik? Referat im Rahmen der Fachtagung „Spannungsfeld KundInnenzufriedenheit. Versuch einer Annäherung“ am 15. und 16. April 2010 in Wien. Online im WWW unter: [www.auftakt-gmbh.at/referate.php](http://www.auftakt-gmbh.at/referate.php) [30.12.2011]

Biewer, Gottfried (2009): Grundlagen der Heilpädagogik und inklusiven Pädagogik. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag

Binding, Karl/Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Verlag von Felix Meiner

BIZEPS (Hrsg.) (2007): Selbstbestimmt Leben mit Persönlicher Assistenz. Wien: Eigenverlag

Bleidick, Ulrich (1985): Historische Theorien: Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Pädagogik der Behinderten. In: Bleidick, Ulrich (Hrsg.) (1985): Theorie der Behindertenpädagogik. Berlin: Carl Marhold; S. 253 - 272



Bleidick, Ulrich (1999): Behinderung als pädagogische Aufgabe. Behindernsbegriff und behindertenpädagogische Theorie. Stuttgart: Kohlhammer

Bleidick, Ulrich (2006): Behinderung. In: Antor/ Bleidick (Hrsg.) (2006): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer; S. 79 - 81

Bleidick, Ulrich/Ellger-Rüttgardt Sieglind (2008): Behindertenpädagogik – eine Bilanz. Bildungspolitik und Theorieentwicklung von 1950 bis zur Gegenwart. Stuttgart: Kohlhammer

Boban, Ines/Schumann, Ira (2005): Assistenz – ein neuer integrationspädagogischer Leitbegriff? In: Geiling/Hinz (Hrsg.) (2005), S. 135 - 137

Böhning, Elke (1998): Wohnen heißt zu Hause sein. Eine Studie zur Erfassung von Lebenszufriedenheit bei Bewohnerinnen und Bewohnern der Außenwohngruppen des „Schloß Hoym e.V.“. In: Theunissen, Georg (Hrsg.) (1998): Enthospitalisierung – Ein Etikettenschwindel? : Neue Studien, Erkenntnisse und Perspektiven der Behindertenhilfe. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 181 - 205

Bourdieu, Pierre (1997): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg: VSA-Verlag

Bradl, Christian (1996a): Vom Heim zur Assistenz. In: Bradl/Steinhart (Hrsg.) (1996), S. 178 – 203

Bradl, Christian (1996b): Selbstbestimmung – Strukturelle Grenzen im Heim. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.) (1996), S. 362 – 376

Bradl, Christian/Steinhart, Ingmar (Hrsg.) (1996): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung: Kritische Analysen und neue Orientierungen für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Brezinka, Wolfgang (1990): Grundbegriffe der Erziehungswissenschaft. Analyse, Kritik, Vorschläge. München: Ernst Reinhardt Verlag

Bühner, Markus (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. München: Pearson Studium

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2009): Behindertenbericht 2008. Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008. Wien: Eigenverlag

Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.) (1996): Selbstbestimmung. Kongreßbeiträge. Dokumentation des Kongresses „Ich weiß doch selbst, was ich will“. Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung. Marburg: Lebenshilfe Verlag

Bundschuh, Konrad/Heimlich, Ulrich/ Krawitz, Rudi (Hrsg.) (2007): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt

Bundschuh, Konrad/Heimlich, Ulrich/ Krawitz, Rudi (2007): Behinderung. In: Bundschuh/Heimlich/Krawitz (Hrsg.) (2007); S. 33 – 35

Caritas (2012). Online im WWW unter URL: [www.caritas-burgenland.at](http://www.caritas-burgenland.at) [14.01.2012]

Conrads, Bernhard/Frühauf, Theo (2003): Selbsthilfe. In: Neuhäuser/Steinhausen (Hrsg.) (2003); S. 314 – 324

Dalferth, Matthias (1999): Enthospitalisierung in westlichen Industrienationen am Beispiel der USA/Kalifornien, Norwegen und Schweden. In: Theunissen/Lingg (Hrsg.) (1999), S. 88 – 113

Diekmann, Andreas (2004): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Dörner, Klaus (1993): Tödliches Mitleid. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens oder: die Soziale Frage: Entstehung. Medizinisierung. NS-Endlösung. Heute. Morgen. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis

Dörner, Klaus (2003): Auf dem Weg zur heimlosen Gesellschaft. In: Impulse 27 (2003), S. 26 – 29

Dörner, Klaus (2004): Sind alle Heimleiter Geiselnnehmer? Qualitätskatalog für den zukunftsfähigen „guten Heimleiter“. In: Soziale Psychiatrie 4 (2004), S. 21 - 25

Duden (2001): Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. Mannheim: Dudenverlag

Dworschak, Wolfgang (2004): Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung. Theoretische Analyse, empirische Erfassung und grundlegende Aspekte qualitativer Netzwerkanalyse. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag

Feuser, Georg (1987): Zum Verhältnis von Geistigbehindertenpädagogik und Psychiatrie. In: Dreher, Walter/Hofmann, Theodor/Bradl, Christian (Hrsg.) (1987): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie, S. 74 - 92

Fischer, Ute (Hrsg.) (1998): Wohlbefinden und Wohnen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonie-Verlag

Flieger, Petra (2011): Zum Stand der Umsetzung von Artikel 19 der UN-Konvention in Österreich. Online im WWW unter URL: [www.bidok.uibk.ac.at/library/flieger-umsetzung.html](http://www.bidok.uibk.ac.at/library/flieger-umsetzung.html) [20.06.2011]

Friedrichs, Jürgen (1985): Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag

Fröhlich, Andreas (1999): Personenkreis – eingekreist. In: Sturny-Bossart, Gabriel/Fröhlich, Andreas/Büchner, Christiane (Hrsg.) (1999): Zukunft Heilpädagogik, Luzern: Ed. SZH/SPC, S. 91 – 100

Fröhlich, Andreas (2003): Kunden, Käufer, Konsumenten. Sonderpädagogik in der Dienstleistungsdiskussion. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 3 (2003), S. 92 - 96

Frühauf, Theo (1994): „Wir entscheiden!“ – Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung. In: Hofmann, Theodor/ Klingmüller, Bernhard (Hrsg.) (1994): Abhängigkeit und Autonomie. Neue Wege in der Geistigbehindertenpädagogik. Berlin: VWB; S. 51 – 63

Gaedt, Christian (1996): Assistenz-Konzept – Chancen und Grenzen. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.) (1996), S. 90 - 94

Geiling, Ute/Hinz, Andreas (Hrsg.) (2005): Integrationspädagogik im Diskurs. Auf dem Weg zu einer inklusiven Pädagogik? Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt

Greving, Heinrich/Gröschke, Dieter (Hrsg.) (2000): Geistige Behinderung – Reflexionen zu einem Phantom. Ein interdisziplinärer Diskurs um einen Problembegriff. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt

Greving, Heinrich/Gröschke, Dieter (2000): Vorwort der Herausgeber. In: Greving/Gröschke (Hrsg.) (2000), S. 7 – 8

Gröschke, Dieter (2000): Geistige Behinderung: Un-Begrifflichkeit oder Unbegreiflichkeit. In: Greving/Gröschke (Hrsg.) (2000), S. 104 - 125

Hahn, Martin (1981): Behinderung als soziale Abhängigkeit: zur Situation schwerbehinderter Menschen. München: E. Reinhardt

Hahn, Martin Th. (1994): Selbstbestimmung im Leben, auch für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung 2/1994, S. 81 – 93

Hähner, Ulrich (2005): Gedanken zur Organisationsentwicklung unter der Leitidee der Selbstbestimmung. In: Hähner et al (Hrsg.) (2005), S. 13 - 32

Hähner, Ulrich et al. (Hrsg.) (2005): Kompetent begleiten: Selbstbestimmung ermöglichen, Ausgrenzungen verhindern! Die Weiterentwicklung des Konzepts „Vom Betreuer zum Begleiter“. Marburg: Lebenshilfe-Verlag

Hall, Constanze (1999): USTA-Problemaufriß: Variable Bewohner/-innen. In: Eisenberger, Jörg (Hrsg.) (1999): Das Normalisierungsprinzip – vier Jahrzehnte danach: Veränderungsprozesse stationärer Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonie-Verlag, S. 99 - 119

Hartmann-Kreis, Stefan (1996): Qualitätsentwicklung in der Betreuung Erwachsener mit geistiger Behinderung: Materialien zur Einführung. Luzern: Ed. SZH/SPC

Hinz, Andreas (2004): Vom sonderpädagogischen Verständnis der Integration zum integrationspädagogischen Verständnis der Inklusion!? In: Schnell, Irmtraud/Sander, Alfred (Hrsg.) (2004): Inklusive Pädagogik. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, S. 41 - 74

Hoberg, Rudolf (2008): Der Neger, das Fräulein und der Schwule. In: Limbach/von Ruckteschell (Hrsg.) (2008); S. 136 – 140

Hofer, Johannes (2011): unveröffentlichte Aussendung

Hoffmann, Claudia (1999): Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung – Einführung in die Leitterminologie. In: Theunissen/Lingg (Hrsg.) (1999), S. 16 – 27

Holling, Heinz/Schmitz, Bernhard (Hrsg.) (2010): Handbuch Statistik, Methoden und Evaluation. Göttingen: Hogrefe Verlag

Hoyler-Herrmann, Annerose (2000): Sexualität. Geistig behinderte Erwachsene als Frau und Mann. In: Jakobs (2000), S. 60 - 83

Jakobs, Hajo (2000): Erwachsen-Werden, Erwachsen-Sein bei geistiger Behinderung. Kritisch-anthropologische und psychologisch-pädagogische Vorüberlegungen. In: Jakobs (Hrsg.) (2000), S. 18 – 59

Jakobs, Hajo (Hrsg.) (2000): Lebensräume – Lebensperspektiven: ausgewählte Beiträge zur Situation Erwachsener mit geistiger Behinderung. Butzbach-Griedel: AFRA-Verlag

Jantzen, Wolfgang (2007): Allgemeine Behindertenpädagogik in 2 Teilen. Berlin: Lehmanns Media

Jaspers, Karl (1990): Die Sprache. Über das Tragische. München: Piper

Jerg, Jo (2005): Assistenz – die Brücke zu den Mitmenschen. In: Geiling/Hinz (Hrsg.) (2005), S. 138 - 141

Josef, Konrad (1967): Geschichte der Heilpädagogik. In: Jussen (Hrsg.): Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe. München: Kösel Verlag. S. 44 – 80

Kirchhoff, Sabine et al. (2003): Fragebogen. Datenbasis. Konstruktion. Auswertung. Opladen: Leske + Budrich

Klauß, Theo (2003): Selbstbestimmung als Leitidee der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Fischer, Erhard (Hrsg.): Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen – Theorien – aktuelle Herausforderungen. Oberhausen: Athena-Verlag. S. 83 - 127

Klee, Ernst (1983): „Euthanasie“ im Dritten Reich. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Knust-Potter, Evemarie (1996): Self-Advocacy – oder: Wir sprechen für uns selbst. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.) (1996), S. 519 – 534

Köhler, Thomas (2004): Statistik für Psychologen, Pädagogen und Mediziner. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer

Kolping (2012). Online im WWW unter URL: [www.kolping.at](http://www.kolping.at) [14.01.2012]

König, Rene (Hrsg.) (1974): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Band 3a: Grundlegende Methoden und Techniken der empirischen Sozialforschung. Zweiter Teil. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag

Konrad, Klaus (1999): Mündliche und schriftliche Befragung. Landau: Verlag Empirische Pädagogik

Krausser, Peter (2003): Enzyklopädisches Stichwort „Metalinguistik und Sprachphilosophie. In: Whorf (2003); S. 141 – 148

Kromrey, Helmut (2009): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft

Lebenshilfe Knittelfeld (2012). Online im WWW unter URL: [www.lebenshilfe-knittelfeld.at](http://www.lebenshilfe-knittelfeld.at) [14.01.2012]

Lebenshilfe Vorarlberg (2012). Online im WWW unter URL: [www.lebenshilfe-vorarlberg.at](http://www.lebenshilfe-vorarlberg.at) [14.01.2012]

Lienert, Gustav (1969): Grundsätzliches über den Test. In: Oppolzer, Siegfried (Hrsg.) (1969): Denkformen und Forschungsmethoden der

Erziehungswissenschaft. Band 2: Empirische Forschungsmethoden. München: Ehrenwirth Verlag, S. 95 - 117

Limbach, Jutta/von Ruckteschell, Katharina (Hrsg.) (2008): Die Macht der Sprache. Berlin: Langenscheidt

Lindmeier, Bettina/Lindmeier, Christian (Hrsg.) (2002): Geistigbehindertenpädagogik. Band 3 der „Studientexte zur Geschichte der Behindertenpädagogik“. Weinheim: Beltz Verlag

Litz, Hans Peter (2003): Statistische Methoden in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. München: Oldenbourg Verlag

Loeken, Hiltrud/Windisch, Matthias (2005): Assistenz und pädagogische Professionalität – Thesen. In: Geiling/Hinz (Hrsg.) (2005), S. 146 - 149

Mahlke, Wolfgang/Schwarte, Norbert (1985): Wohnen als Lebenshilfe: ein Arbeitsbuch zur Wohnfeldgestaltung in der Behindertenhilfe. Weinheim; Basel: Beltz

Mayer, Horst Otto (2009): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag

Mayer, Thomas (2007): Familie, Rasse und Genetik. Deutschnationale Eugeniken im Österreich der Zwischenkriegszeit. In: Baader/Hofer/Mayer (Hrsg.) (2007), S. 162 - 183

Möckel, Andreas (2007): Geschichte der Heilpädagogik oder Macht und Ohnmacht der Erziehung. Stuttgart: Klett-Cotta

Möckel, Andreas/Adam, Heidemarie/Adam, Gottfried (Hrsg.) (1999): Quellen zur Erziehung von Kindern mit geistiger Behinderung. Band 2: 20. Jahrhundert. Würzburg: edition bentheim



Mühl, Heinz (2000): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer

Mummendey, Hans Dieter/Grau, Ina (2008): Die Fragebogen-Methode. Göttingen: Hogrefe Verlag

Nachtigall, Christof/Pohl, Steffi/ Hartenstein, Sven (2010): Univariate deskriptive Statistik. In: Holling/Schmitz (2010): S. 275 - 287

Neuhäuser, Gerhard/Steinhausen, Hans-Christoph (Hrsg.) (2003): Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer

Neuhäuser, Gerhard/Steinhausen, Hans-Christoph (2003): Epidemiologie und Risikofaktoren. In: Neuhäuser/Steinhausen (Hrsg.) (2003); S. 9 – 23

Neuhäuser, Gerhard/Steinhausen, Hans Christoph (2003): Medizinische Maßnahmen. In: Neuhäuser/Steinhausen (Hrsg.) (2003); S. 213 – 231

Niehoff, Ulrich (2005a): „Am Freitag ist Putztag!“ Heimordnungen als Spiegel des Menschenbilds von Einrichtungen. In: Hähner et al. (Hrsg.) (2005), S. 197 – 220

Niehoff, Ulrich (2005b): Ausgrenzung verhindern! Inklusion und Teilhabe verwirklichen. In: Hähner et al. (Hrsg.) (2005), S. 101 - 122

Niehoff, Ulrich (2005c): Konzepte gemeinsam entwickeln! Bausteine zur Konzeptionsentwicklung mit geistig behinderten Menschen. In: Hähner et al. (Hrsg.) (2005), S. 177 – 196

Niehoff-Dittmann, Ulrich (1996): Selbstbestimmung im Leben geistig behinderter Menschen. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.) (1996), S. 55 - 65

Nirje, Bengt (1974): Das Normalisierungsprinzip und seine Auswirkungen in der fürsorglichen Betreuung. In: Kugel, Robert B./Wolfensberger, Wolf (Hrsg.): Geistig Behinderte – Eingliederung oder Bewahrung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; S. 33 – 46

ÖHTB (2012). Online im WWW unter URL: [www.oehbt.at](http://www.oehbt.at) [14.01.2012]

Osbahr, Stefan (2000): Selbstbestimmtes Leben von Menschen mit einer geistigen Behinderung: Beitrag zu einer systemtheoretisch-konstruktivistischen Sonderpädagogik. Luzern: Ed. SZH/SPC

Österreichisches Komitee für Sozialarbeit (Hrsg.) (1987): Leitbilder zum Wohnen geistig behinderter Menschen in Österreich – unter besonderer Berücksichtigung der Gemeinwesenintegration. Wien: Eigenverlag

Parten, Mildred (1962): Grundformen und Probleme des Samples in der Sozialforschung. In: König, Rene (Hrsg.) (1962): Das Interview. Formen. Technik. Auswertung. Köln: Kiepenheuer & Witsch, S. 181 - 210

Plautus (O.J): Persa. Online im WWW unter URL: <http://www.thelatinlibrary.com/plautus/persa.shtml> [31.12.2011]

Plesu, Andrej (2008): Macht und Ohnmacht der Sprache. In: Limbach/von Ruckteschell (Hrsg.) (2008); S. 10 – 17

Raithel, Jürgen (2008): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Reinhardt, Gabriele/Hahn, Martin Th. (1998): Wohlbefinden in der Wohngruppe aus Mitarbeitersicht. In: Fischer (Hrsg.) (1998), S. 229 - 245

Richardt, Michael (1998): Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe als Beitrag zum Wohlbefinden der Bewohner/innen. In: Fischer (Hrsg.) (1998), S. 177 - 206

Rock, Kerstin (1996): Selbstbestimmung als Herausforderung an die Professionellen. In: Geistige Behinderung 3/96, S. 223 – 232

Sack, Rudi (2005a): Mitbestimmung in eigener Sache. Entwicklungen beim Lebenshilfe-Landesverband Baden-Württemberg. In: Hähner et al. (Hrsg.) (2005), S. 123 – 140

Sack, Rudi (2005b): Mobile Assistenz für ein selbstbestimmtes Leben. Nur eine Hilfe, die kommt, ermöglicht Individualität. In: Hähner et al. (Hrsg.) (2005), S. 161 – 176

Sack, Rudi (2005c): Persönliches Budget als Chance? Euro und Cent für ein selbstbestimmtes Leben. In Hähner et al. (Hrsg.) (2005), S. 33 – 60

Scheuch, Erwin (1974): Auswahlverfahren in der Sozialforschung. In: König (Hrsg.) (1974), S. 1 - 96

Schiewe, Jürgen (1998): Die Macht der Sprache: eine Geschichte der Sprachkritik von der Antike bis zur Gegenwart. München: Beck

Schmidt, Rupert (1993): Die Paläste der Irren: kritische Betrachtungen zur Lebenssituation geistig behinderter Menschen in Österreich. Wien: WUV-Universitätsverlag

Segerstedt, Torgny (1947): Die Macht des Wortes. Eine Sprachsoziologie. Zürich: Pan-Verlag

Seifert, Monika (2000): Wohnen – so normal wie möglich. In: Jakobs (Hrsg.) (2000), S. 150 – 191

Seligman, Martin (1986): Erlernte Hilflosigkeit. München: Psychologie-Verlags-Union

Speck, Otto (1998): Wohnen als Wert für ein menschenwürdiges Dasein. In: Fischer (Hrsg.) (1998), S. 19 – 42

Speck, Otto (1999): Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag

Speck, Otto (2003): System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München: Ernst Reinhardt Verlag

Speck, Otto (2005): Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. München: Ernst Reinhardt Verlag

Spitzmüller, Jürgen (2008): Der deutsch-englische Sprachkontakt. In: Limbach/von Ruckteschell (Hrsg.) (2008); S. 76 – 80

Stark, Wolfgang (1996): Empowerment: neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Sternberger, Dolf/Storz, Gerhard/Süskind, Wilhelm Emanuel (1968): Aus dem Wörterbuch des Unmenschen. Hamburg: Claassen

Stinkes, Ursula (2000): Selbstbestimmung – Vorüberlegungen zur Kritik einer modernen Idee. In: Bundschuh, Konrad (Hrsg.): Wahrnehmen – Verstehen – Handeln: Perspektiven für die Sonder- und Heilpädagogik im 21. Jahrhundert. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag. S. 169 - 192

Strachota, Andrea (2002): Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte. Wien: Literas Universitätsverlag

Straßmeier, Walter (2000): Geistige Behinderung aus pädagogischer Sicht. In: Greving/Gröschke (2000), S. 53 – 62

Thesing, Theodor (1990): Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Theunissen, Georg (1996): Enthospitalisierung in Deutschland. In: Bradl/Steinhart (Hrsg.) (1996), S. 67 - 93

Theunissen, Georg (1999): Wege aus der Hospitalisierung: Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Theunissen, Georg (2006): Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Bürgerschaftliches Engagement. In: Theunissen, Georg/Schirbort, Kerstin (Hrsg.) (2006): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen. Soziale Netze. Unterstützungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer, S. 59 - 96

Theunissen, Georg (2007a): Empowerment behinderter Menschen. Inklusion, Bildung, Heilpädagogik, Soziale Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Theunissen, Georg (2007b): Geistige Behinderung. In: Bundschuh/ Heimlich/ Krawitz (Hrsg.) (2007); S. 94 – 96

Theunissen, Georg (2009): Empowerment als professionelle Handlungsorientierung für die Unterstützung von Selbstbestimmung bei geistig schwer(st) und mehrfachbehinderten Menschen. In: Theunissen, Georg/Wüllenweber, Ernst (Hrsg.) (2009): Zwischen Tradition und Innovation. Methoden und Handlungskonzepte in der Heilpädagogik und Behindertenhilfe. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 406 – 415

Theunissen, Georg/Lingg, Albert (1999): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung – Eine Einführung ins Buchprojekt. In: Theunissen/Lingg (Hrsg.) (1999), S. 7 - 15

Theunissen, Georg/Lingg, Albert (Hrsg.) (1999): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung: Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Thimm, Walter (1979): Das Normalisierungsprinzip – eine Einführung. In: Thimm (Hrsg.) (2005), S. 12 – 31

Thimm, Walter (1994): Leben in Nachbarschaften. Hilfen für Menschen mit Behinderungen. Freiburg: Herder-Verlag

Thimm, Walter (1997): Kritische Anmerkungen zur Selbstbestimmungsdiskussion in der Behindertenhilfe oder: Es muß ja immer wieder einmal etwas Neues sein ... In: Zeitschrift für Heilpädagogik 6/97, S. 222 - 232

Thimm, Walter (Hrsg.) (2005): Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts. Marburg: Lebenshilfe Verlag

Van de Loo, Kirsten (2010): Befragung. In: Holling/Schmitz (2010), S. 131 - 138

Vygotskij, Lev Semenovic (2002): Denken und Sprechen. Psychologische Untersuchungen. Weinheim: Beltz

Wallner, Teut (1974): Ziele und Methoden in der Förderung geistig behinderter Erwachsener. In: Thimm (Hrsg.) (2005), S. 32 – 44

Weber, Erik (2003): Persönliche Assistenz – assistierende Begleitung. Veränderungsanforderungen für professionelle Betreuung und für Einrichtungen der Behindertenhilfe. In: Geistige Behinderung 1 (2003), S. 4 - 22

Weber, Germain (1997): Intellektuelle Behinderung: Grundlagen, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie im Erwachsenenalter; mit einem Beitrag zur Hypothese der Emotions-Spezifität. Wien: WUV-Universitätsverlag

Weinwurm-Krause, Eva-Maria (1999): Grundlagen der Wohnpsychologie. In: Weinwurm-Krause, Eva Maria (Hrsg.) (1999): Autonomie im Heim: Auswirkungen des Heimaltags auf die Selbstverwirklichung von Menschen mit Behinderung. Heidelberg: Univ.-Verl. Winter; S. 13 – 75

Westermann, Rainer/Krohn, Jeanette (2010): Gütekriterien. In: Holling/Schmitz (Hrsg.) (2010), S. 71 - 86

WHO/Dilling et al. (Hrsg.) (2010): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern:Hans Huber

WHO/Hollenweger et al (Hrsg.) (2011): ICF-CY. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Bern: Hans Huber

Whorf, Benjamin Lee (2003): Sprache – Denken – Wirklichkeit. Beiträge zur Metalinguistik und Sprachphilosophie. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt

Wilk, Liselotte (1986): Die postalische Befragung. In: Holm, Kurt (Hrsg.) (1986): Die Befragung 1. Der Fragebogen – Die Stichprobe. Tübingen: Francke Verlag, S. 187 - 200

Wilken, Udo (1996): Selbstbestimmung und soziale Verantwortung – Gesellschaftliche Bedingungen und pädagogische Voraussetzungen. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.) (1996), S. 41 – 48

Wirtz, Markus/Ulrich, Rolf (2010): Bivariate deskriptive Statistik. In: Holling/Schmitz (Hrsg.) (2010), S. 288 - 301

## Anhang

### A Fragebogen:

Name der Trägerorganisation, für die ich beschäftigt bin:

\_\_\_\_\_

Bundesland, in dem ich beschäftigt bin: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie im Folgenden immer die Antwort an, die für Sie am ehesten zutrifft. Sollten bei einer Frage Mehrfachantworten erlaubt sein, wird dies extra vermerkt.

1) Wenn wir von der Gesamtheit der Personen, die wir betreuen, sprechen, nennen wir sie:

- ☐ Klienten    ☐ Kunden    ☐ Bewohner    ☐ Betreute    ☐ Nutzer    ☐ Anvertraute  
☐ anders, und zwar: \_\_\_\_\_

2) Dieser Begriff wird in unserer Institution bereits seit mehr als 5 Jahren verwendet

- ☐ stimmt                      ☐ stimmt nicht

3) Wenn sich der Begriff in den letzten 5 Jahren geändert hat, welcher wurde zuvor verwendet? \_\_\_\_\_ (bitte zuvor verwendeten Begriff einsetzen)

Im Folgenden werde ich den Begriff „Einrichtung“ verwenden, wenn ich von der konkreten Einrichtung, in der Sie beschäftigt sind, spreche. Die Adressaten ihrer Arbeit, die Menschen mit Beeinträchtigung, die in dieser Einrichtung wohnen, werden im Folgenden von mir als „Bewohner“ bezeichnet werden.

4) Die Einrichtung liegt ...

- ☐ mitten in der Stadt    ☐ am Rande einer Stadt    ☐ in einem Dorf  
☐ am Rande eines Dorfes    ☐ in Einzellage

5) Alle Bewohner verfügen über ein Einzelzimmer

- ☐ stimmt                      ☐ stimmt nicht



6) Aus wie vielen Bewohnern besteht eine Gruppe? \_\_\_\_\_ (bitte genaue Zahl einsetzen)

7) Die Gruppe besteht aus Männern und Frauen

☐ stimmt ☐ stimmt nicht

8) Die Bewohner müssen/sollten eine Tagesstruktur besuchen

☐ stimmt ☐ stimmt nicht

9) Die Ort, an dem die Tagesstruktur angeboten wird, befindet sich:

- ☐ im selben Haus wie der Wohnbereich
- ☐ in unmittelbarer Nähe des Wohnbereichs
- ☐ in größerer Entfernung zum Wohnbereich
- ☐ ist von Bewohner zu Bewohner unterschiedlich

10) Feste, wie etwa Geburtstage, Weihnachten, Silvester, ... werden in der Wohngruppe gefeiert

☐ stimmt ☐ stimmt nicht

11) Die Bewohner dürfen Besuch von Freunden empfangen

☐ stimmt ☐ stimmt nicht (weiter bei Frage 14)

12) Wenn es sich um **gleichgeschlechtlichen** Besuch handelt, wo darf sich dieser aufhalten?

- ☐ ausschließlich in Gemeinschaftsräumen
- ☐ ausschließlich im Zimmer des Bewohners, bei geöffneter Tür
- ☐ ausschließlich im Zimmer des Bewohners, bei geschlossener Tür
- ☐ wo der Bewohner und sein Gast das gerne möchten

13) Wenn es sich um gegengeschlechtlichen Besuch handelt, wo darf sich dieser aufhalten?

- ☐ ausschließlich in Gemeinschaftsräumen
- ☐ ausschließlich im Zimmer des Bewohners, bei geöffneter Tür
- ☐ ausschließlich im Zimmer des Bewohners, bei geschlossener Tür
- ☐ wo der Bewohner und sein Gast das gerne möchten

14) Haben die Bewohner die Möglichkeit, auf Urlaub zu fahren? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ ja, die Wohngruppe/die Institution organisiert regelmäßig Urlaube
- ☐ ja, mit der Tagesstätte, in der sie beschäftigt sind
- ☐ ja, mit Eltern/sonstigen Verwandten/Bekannten
- ☐ alle/manche unserer Bewohner fahren alleine in Urlaub
- ☐ nein

15) Am Wochenende/zur Urlaubszeit dürfen die Bewohner so lange schlafen, wie sie dies gern möchten

- ☐ stimmt ☐ stimmt nicht

16) Die Bewohner entscheiden selbst, wann sie abends zu Bett gehen

- ☐ stimmt ☐ stimmt nicht ☐ nur am Wochenende

17) Die Bewohner gestalten mit eigenen Möbeln, Bildern, Accessoires, ... ihr eigenes Zimmer so, wie sie das gerne möchten

- ☐ stimmt ☐ stimmt nicht

18) Die Entscheidung, wie Gemeinschaftsräume gestaltet werden, trifft/treffen ...

- ☐ ein Vorgesetzter
- ☐ die Betreuer
- ☐ die Bewohner
- ☐ Betreuer und Bewohner gemeinsam

19) Die Bewohner besuchen alleine oder mit unserer Unterstützung Lokale und Veranstaltungen in der Nähe, die nicht von der Trägerorganisation veranstaltet werden.

- ☐ stimmt ☐ stimmt nicht

20) Wer ist für den Einkauf von Lebensmitteln und sonstigen täglichen Gebrauchsgütern zuständig?

- ☐ eine zentrale Stelle (z.B. die Großküche)
- ☐ ein Betreuer
- ☐ ein Betreuer zusammen mit einem Bewohner
- ☐ die Bewohner selbst

21) Wer entscheidet, WAS eingekauft wird?

- ☐ eine zentrale Stelle
- ☐ die Betreuer
- ☐ die Betreuer und Bewohner zusammen
- ☐ die Bewohner alleine

22) Wenn ein neuer Bewohner einzieht, spreche ich ihn zunächst folgendermaßen an:

- ☐ mit „Sie“ und Nachnamen
- ☐ mit „Sie“ und Vornamen
- ☐ mit „Du“ und Nachnamen
- ☐ mit „Du“ und Vornamen

23) Wenn ich einen unserer Bewohner einer fremden Person vorstellen muss, nenne ich den Bewohner ...

- ☐ beim Vornamen
- ☐ beim Nachnamen

24) Die Bewohner verfügen über einen eigenen Zimmerschlüssel

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht

25) Die Bewohner verfügen über einen eigenen Haustürschlüssel

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht

26) Wenn ich das Zimmer eines Bewohners betreten möchte ...

- ☐ klopfе ich kurz an und betrete dann das Zimmer
- ☐ klopfе ich an, warte auf ein „Herein“ (oder ähnliches) und betrete erst dann das Zimmer
- ☐ gehe ich einfach so hinein

27) Wenn der Bewohner NICHT möchte, dass ich das Zimmer betrete, kann ich das gut akzeptieren und halte mich auch daran

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht

28) Die Bewohner verfügen über eigenes Taschengeld

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht (weiter bei Frage 30)

29) Die Bewohner dürfen ihr Taschengeld ausgeben, wofür sie es gerne ausgeben möchten

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht

30) Wenn ein Bewohner neue Kleidung benötigt, wer kauft diese ein?

- ☐ eine zentrale Stelle
- ☐ ein Vorgesetzter/die Eltern/der Sachwalter/ein Betreuer alleine
- ☐ ein Vorgesetzter/die Eltern/der Sachwalter/ein Betreuer gemeinsam mit dem Bewohner
- ☐ der Bewohner alleine

31) Wenn die Bewohner den Wunsch nach einer bestimmten Freizeitaktivität äußern, versuche ich/versucht das Team, diesen Wunsch zu erfüllen

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht

32) Bei gemeinsamen Ausflügen oder Aktivitäten außer Haus müssen ALLE Bewohner teilnehmen

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht

33) Wenn ein neuer Bewohner einziehen soll, haben die anderen Bewohner ein Mitbestimmungsrecht, ob sie den neuen Bewohner in der Gruppe haben möchten

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht

34) Es gibt in der Einrichtung, in der ich arbeite, ein „Bezugsbetreuersystem“

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht (weiter bei Frage 36)

35) Die Bewohner dürfen frei wählen, wer ihr Bezugsbetreuer sein soll

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht

36) Wenn ein neuer Betreuer eingestellt werden soll, haben die Bewohner ein Mitspracherecht

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht

37) Betreuungs- und Förderpläne werden gemeinsam mit dem Bewohner erstellt

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht

38) Wenn ein Bewohner unzufrieden ist, sich beschweren möchte, weiß er, an wen er sich wenden kann

- ☐ stimmt
- ☐ stimmt nicht

Im Folgenden werde ich Ihnen einige Situationen schildern und Sie dann bitten, anzukreuzen, wie Sie sich in dieser Situation verhalten würden. Stellen Sie sich bitte vor, die Situationen würden in der Einrichtung, in der Sie derzeit arbeiten, unter den aktuellen Rahmenbedingungen, stattfinden. Denken Sie bitte daran, die Antwort anzukreuzen, die am *ehesten* auf Sie zutrifft.

39) Ein **männlicher** Bewohner mittleren Alters hat sich ein neongrünes Sommerkleid und rote Stöckelschuhe angezogen und sich zudem sehr auffällig geschminkt. Er meint, er fühle sich so wohl und würde nun gerne in der Nachbarschaft spazieren gehen. Wie reagieren Sie?

- ☐ Ich lasse ihn gehen
- ☐ Ich weise ihn auf die Konsequenzen (Gelächter, Spott, Sinken des Ansehens in der Nachbarschaft, ...) hin und lasse ihn dann gehen
- ☐ Ich bitte ihn, zumindest einen Teil zu verändern (z.B. sich abzuschminken oder die Schuhe zu wechseln) und lasse ihn erst gehen, wenn er dies auch umgesetzt hat
- ☐ Ich verbiete ihm, so das Haus zu verlassen

40) Eine junge Bewohnerin wünscht sich bereits seit längerer Zeit, die Wände ihres Zimmers mit schwarzer Farbe auszumalen. Wie reagieren Sie?

- ☐ Das wäre bei uns nie möglich. Ich müsste es ihr verbieten
- ☐ Ich rede mit ihr darüber und teile ihr meine Meinung dazu mit. Wenn es dann noch immer ihr Wunsch ist, erlaube ich es.
- ☐ Kein Problem, sie kann ihr Zimmer gestalten, wie sie das möchte.

41) Eine 20-jährige Bewohnerin hat seit einigen Monaten eine Beziehung zu einem 40-jährigen Mann. Sie ist sehr glücklich damit, im Laufe der Zeit wird aber in Ihnen das Gefühl immer stärker, der Mann würde die Bewohnerin finanziell und sexuell ausnützen. Wie reagieren Sie?

- ☐ Ich unternehme nichts. Solche Erfahrungen muss sie selbst machen.
- ☐ Ich spreche mit der Bewohnerin über ihre Beziehung, um herauszufinden, ob meine Befürchtungen berechtigt sind und erzähle ihr von meinem Verdacht. Wenn sie dennoch in dieser Beziehung bleiben möchte, kann ich es auch nicht ändern.
- ☐ Das Risiko, dass sie Schaden nimmt, ist zu groß. Ich werde in Zukunft versuchen, weitere Treffen zu verhindern.

42) Sie besuchen gemeinsam mit mehreren Bewohnern ein Fest, bei dem Alkohol ausgeschenkt wird. Wie reagieren Sie?

- ☐ Ich finde es vollkommen in Ordnung, wenn unsere Bewohner Alkohol trinken, solange sie keine Medikamente einnehmen, die dies verbieten würden.
- ☐ Ein oder zwei Gläschen finde ich in Ordnung, danach muss Schluss sein
- ☐ Ich finde es nicht gut, wenn unsere Bewohner Alkohol trinken und verbiete es

43) Ein Bewohner spricht mit ihnen darüber, dass er sich gerne im Kino einen Film ansehen möchte, der Sie selbst allerdings überhaupt nicht interessiert. Wie reagieren Sie?

- ☐ Ich sage ihm, dass ich zwar gerne mit ihm ins Kino gehen würde, versuche aber, ihn von einem anderen Film zu überzeugen, der mich mehr interessiert.
- ☐ Ich trage den Wunsch an Kollegen weiter und hoffe, einer von ihnen möchte den Film auch gerne sehen.
- ☐ Ich vertröste den Bewohner auf einen späteren Zeitpunkt und hoffe, er möge in der Zwischenzeit darauf vergessen.
- ☐ Ich erfülle ihm den Wunsch.

*Zum Abschluss möchte ich Ihnen gerne noch einige Fragen stellen, bei denen ich sie bitte, möglichst rasch und „aus dem Bauch heraus“ zu antworten.*

44) Wenn ein Bewohner eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft eingehen würde, würde das in unserer Einrichtung toleriert werden.

- ☐ stimmt ☐ stimmt nicht

45) Manchmal empfinde ich Mitleid für die Bewohner.

- ☐ stimmt ☐ stimmt nicht

46) Manchmal ertappe ich mich dabei, wie ich die Bewohner wie Kinder behandle.

- ☐ stimmt ☐ stimmt nicht

47) Manchmal treffe ich/das Team/die Leitung Entscheidungen für die Bewohner, weil ich/wir einfach besser wissen, was für den Bewohner gut ist.

- ☐ stimmt ☐ stimmt nicht

48) Wenn ich mit Bewohnern in der Öffentlichkeit unterwegs bin, geniere ich mich manchmal für sie.

- ☐ stimmt ☐ stimmt nicht

49) Ich betrachte mich in der Hierarchie eindeutig als über den Bewohnern stehend.

☐ stimmt

☐ stimmt nicht

50) Ich muss viele Entscheidungen, die es zu treffen gilt, von einem Vorgesetzten „absegnen“ lassen.

☐ stimmt

☐ stimmt nicht

51) Ich würde mein Verhältnis zu den Bewohnern wie folgt einschätzen:

☐ Mutter-Kind-Verhältnis

☐ freundschaftlich/partnerschaftlich

☐ eher distanziert

☐ ich fühle mich als „Dienstleister“ gegenüber unseren Bewohnern

52) Wenn ich die Einrichtung verlassen würde, könnte ich mir gut vorstellen, mit allen/einigen Bewohnern in (freundschaftlichen) Kontakt zu bleiben.

☐ stimmt

☐ stimmt nicht

53) Für mich ist es wichtig, für die Bewohner als Autoritätsperson zu gelten.

☐ stimmt

☐ stimmt nicht

54) Ich denke, dass mir die Bewohner vertrauen.

☐ stimmt

☐ stimmt nicht

55) Ich denke, dass die Bewohner keine Scheu haben, mir ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen.

☐ stimmt

☐ stimmt nicht

56) Ich bin sehr bemüht, Zeit zu finden, um mit den Bewohnern Gespräche zu führen.

☐ stimmt

☐ stimmt nicht

57) Ich versuche oft, mehrere Alternativen anzubieten, aus denen die Bewohner dann frei wählen können.

☐ stimmt

☐ stimmt nicht

58) Häufig fühle ich mich von institutionellen Rahmenbedingungen und Vorgaben in meiner Arbeit, so wie ich sie gerne ausführen möchte, eingeschränkt.

☐ stimmt

☐ stimmt nicht

59) Wenn sich die Rahmenbedingungen grundlegend ändern würden, könnte ich mir gut vorstellen, meine Arbeit so zu gestalten, dass ich in erster Linie den Anweisungen und Wünschen der Bewohner folge, auch wenn diese vielleicht nicht zu meinen Wert- und Zielvorstellungen passen.

☐ stimmt

☐ stimmt nicht

*Nun haben Sie es fast geschafft ;-). Abschließend nur noch einige Fragen zu Ihrer Person:*

Ihr Alter: ☐ jünger als 20   ☐ 20 – 30   ☐ 31 – 40   ☐ 41 – 50   ☐ älter als 50

Geschlecht: ☐ weiblich   ☐ männlich

Höchste abgeschlossene Ausbildung (auch wenn diese nicht in Zusammenhang mit Ihrer jetzigen Tätigkeit steht): \_\_\_\_\_

Wie lange arbeiten Sie bereits in dieser Einrichtung? \_\_\_\_\_ Jahre

In wie vielen Einrichtungen haben Sie zuvor gearbeitet? \_\_\_\_\_

Durch wen wurden Sie in dieser Einrichtung in die täglichen Abläufe eingeschult?

☐ KollegInnen

☐ Vorgesetzten

☐ durch niemanden

☐ Andere, und zwar: \_\_\_\_\_

Durch wen wurden Sie in die „Unternehmensphilosophie“ (Werte, Konzepte, ....) eingeführt?

☐ KollegInnen

☐ Vorgesetzten

☐ durch niemanden

☐ Andere, und zwar: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig (mind. 1 Mal jährlich) an Fortbildungen teil?

☐ ja

☐ nein



Sind sie insgesamt mit ihrer Tätigkeit zufrieden?

☐ ja

☐ nein

☐ teils-teils

Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

---

---

---

---

---

---

---

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

## **B Lebenslauf**

### **Persönliche Daten**

Name: Melanie Unterleuthner  
Wohnort: 2122 Ulrichskirchen  
Geburtsdatum: 23. März 1981  
Geburtsort: Mistelbach, Niederösterreich  
Staatsbürgerschaft: Österreich  
Familienstand: ledig

### **Ausbildung und Beschäftigung**

1987 - 1991	Volksschule Ulrichskirchen-Schleinbach
1991 - 1995	Hauptschule Wolkersdorf
1995 - 1999	Bundesoberstufenrealgymnasium Mistelbach
1998 – 2001	jeweils 2-wöchige Freiwillige Soziale Sommereinsätze in Ferienheimen
Juni 1999	Reifeprüfung
Seit 1999	Studium der Pädagogik an der Universität Wien Schwerpunkte: Sozialpädagogik, Sonder- und Heilpädagogik
2003	Praktikum bei der Wiener Sozialdienste Förderung und Begleitung GmbH
2003 – 2004	Beschäftigung als Behindertenbetreuerin bei der Wiener Sozialdienste Förderung und Begleitung GmbH
2004 – 2005	Beschäftigung als Behindertenbetreuerin bei der Auftakt GmbH
Seit 2010	Beschäftigung als Behindertenbetreuerin bei der Behindertenhilfe Bezirk Korneuburg

## **C Abstract**

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, ob, und wenn ja, in welchem Maß und in welcher Form, sich veränderte fachliche Zugänge in den Bezeichnungen der Adressaten von Institutionen des Wohnens von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung widerspiegeln.

Um diese Frage beantworten zu können, beschäftigt sich diese Arbeit zunächst mit den zentralen Grundbegriffen der Sonder- und Heilpädagogik, konkret mit den Termini „Behinderung“ bzw. „Beeinträchtigung“ und „Geistige Behinderung“ bzw. „Intellektuelle Beeinträchtigung“.

Anschließend beschäftigt sie sich mit dem veränderten Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen im Laufe der Geschichte und legt hierbei einen Schwerpunkt auf die Zeit des Nationalsozialismus. Erst durch diesen Blick in die Vergangenheit wird nachvollziehbar, warum die aktuellen Leitprinzipien der Sonder- und Heilpädagogik überhaupt formuliert wurden und warum deren Umsetzung heute vehement gefordert wird. Das Prinzip der Normalisierung von Lebensbedingungen, die Forderung nach mehr Selbstbestimmungsrechten von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und das Konzept der Persönlichen Assistenz werden in dieser Arbeit ebenso vorgestellt wie Forderungen, die konkret in Bezug auf die Wohnsituation für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gestellt werden. Bevor sich diese Arbeit der konkreten Forschung widmet, klärt sie noch darüber auf, welche fachlichen Zugänge mit unterschiedlichen Begriffen für Adressaten von Wohnangeboten in der Behindertenhilfe in der sonder- und heilpädagogischen Fachliteratur verbunden werden.

Im Anschluss zeigt die Arbeit die konkreten Forschungsergebnisse auf, die mit Hilfe von Fragebögen, welche an Betreuungspersonen unterschiedlicher Wohninstitutionen versandt wurden, gewonnen wurden. Die Ergebnisse wurden hinsichtlich der Umsetzung des Normalisierungsprinzips, den Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Bewohnern und der Orientierung am Dienstleistungs- bzw. Kundenmodells ausgewertet und verglichen. Ob hier signifikante Unterschiede erkennbar sind, die in Verbindung mit den verwendeten Begriffen stehen, soll diese Arbeit am Schluss aufzeigen.